

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES
en vue de l'obtention du titre de

**BACHELIER EN
DROIT**

Année académique 2023-2024

**LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT
ASSISTÉE POST-MORTEM**

Présenté par
HERZET Lise

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans la présence et le soutien de nombreuses personnes.

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à ma promotrice, le Professeur L. JADOT, pour son accompagnement, ses encouragements, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de la rédaction de ce travail.

J'adresse également mes sincères remerciements au Dr HABRAN et au Dr DEMELENNE pour leur temps et leur collaboration dans le cadre de cette étude.

Je remercie aussi le Professeur G. GENICOT pour son aide précieuse et ses avis éclairés.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Dominique pour la lecture et la relecture de ce travail.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements, avec une mention toute particulière à mes parents qui m'ont toujours soutenue et ont toujours été là pour moi.

1 INTRODUCTION

Le jour de la naissance marque le début de notre vie, tandis que la mort en signifie la fin. Mais comment la mort peut-elle donner naissance à la vie? Cette question a été soulevée par Patrice La Maigat, Maître de conférence à l'Université de Rennes 1, dans son ouvrage *"Transmettre la vie au-delà de la mort. Faut-il être vivant pour devenir parent?"*¹.

Nous vivons dans une société en constante évolution, où les progrès de la médecine ne cessent d'avancer. Aujourd'hui, nous bénéficions de techniques qui nous paraissent normales mais qui étaient impensables, voire irréalisables, il y a quelques années.

De nos jours, deux hommes peuvent avoir un enfant, une femme seule peut devenir mère, un couple peut avoir un enfant sans que la femme ne soit tombée enceinte, et une femme peut être enceinte sans être la mère de l'enfant qu'elle porte. Toutes ces possibilités, qui se sont progressivement introduites dans notre monde, ont également permis qu'un homme décédé puisse engendrer un enfant. Ainsi, une femme peut devenir mère d'un enfant conçu avec son défunt conjoint, et un enfant peut avoir un père qui est décédé avant sa conception.

Ce phénomène a été longuement débattu au sein de nos travaux parlementaires belges, mais il a également traversé nos frontières vers d'autres États européens et a même atteint la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH).

Cette pratique, à la fois étonnante et captivante, peut aussi engendrer une certaine crainte, voire de l'angoisse chez certains de nos législateurs. En effet, il est possible de recourir à cette pratique dans notre État, mais cela peut sembler éthiquement déroutant et juridiquement complexe.

Dans le cadre de ce travail, nous tenterons de mener une étude sur la procréation médicalement assistée post-mortem ainsi que son application dans la réalité.

La première partie de cette étude consistera à établir les bases de la procréation médicalement assistée dite "classique". Nous discuterons de l'émergence de cette pratique, des conditions et des champs d'application, des différentes techniques de procréation médicalement assistée, ainsi que de la destination des embryons surnuméraires et des gamètes.

Dans la seconde partie, nous approfondirons la question de la procréation médicalement assistée post-mortem en établissant le cadre légal en Belgique. Nous procéderons à une étude de droit comparé, puis nous examinerons les limites et les critiques de cette pratique. Ensuite, nous analyserons le positionnement de la société face à cette méthode de procréation ainsi que ses perspectives d'avenir, et nous conclurons par une réflexion finale.

¹ P.L. MAIGAT, « Transmettre la vie au-delà de la mort. Faut-il être vivant pour devenir parent ? », *Actu-Juridique*, 11 décembre 2016, disponible sur <https://www.actu-juridique.fr/civil/transmettre-la-vie-au-dela-de-la-mort-faut-il-etre-vivant-pour-devenir-parent/> (Consulté le 20 mai 2024).

2 PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE: CONCEPTS FONDAMENTAUX

2.1 Définition

La procréation médicalement assistée (PMA) est *"un ensemble des techniques médicales permettant la fécondation in vitro (FIV), le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel"*².

Cette approche, bien qu'elle ne fasse pas l'unanimité dans la société, offre aux couples éprouvant des difficultés en matière de fertilité la chance de concrétiser leur envie de fonder une famille.

La Belgique est considérée parmi les pays européens comme étant un pays "libéral" en ce qui concerne la PMA. La loi fondamentale qui régit la PMA sur le territoire belge est la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires³ et des gamètes⁴ ⁵.

Cette législation relativement récente et peu contraignante laisse la responsabilité du choix et de l'utilisation des techniques de reproduction au corps médical. Dans ce cadre, l'accès à la PMA est largement ouvert, attirant ainsi de nombreux étrangers, particulièrement des Français, en quête d'aide médicale à la procréation. Bien que cette pratique soit autorisée en France, les conditions y sont plus strictes et restrictives⁶.

2.2 Historique de la PMA

Avant les années 1940, l'insémination artificielle était désignée sous le terme de "fécondation artificielle". Son origine remonte au 18^{ème} siècle, où des naturalistes européens ont entrepris diverses expériences sur des animaux afin de mieux comprendre les mécanismes de reproduction.

Parmi eux, le biologiste italien Lazzaro Spallanzani a réalisé des expériences dans les années 1770, notamment sur des grenouilles. En recueillant le sperme d'un mâle et en le

² C. BROCHIER, « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », 13 février 2023, p. 1, disponible sur <https://www.ieb-eib.org/fr/dossier/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/la-procreation-medicalement-assistee-en-belgique-513.html> (Consulté le 4 mars 2024).

³ Embryons surnuméraires: embryons qui ont été constitués dans le cadre de la procréation médicalement assistée mais qui n'ont pas été implantés chez la femme.

⁴ Gamètes: cellules reproductrices sexuées différenciées en gamètes femelles (ovules) et mâles (spermatozoïdes) et dont la fusion formera l'embryon.

⁵ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *M.B.*, 17 juillet 2007.

⁶ J. SOSSON et H. MALMANCHE, « État du droit belge en matière de procréation médicalement assistée et de gestation pour autrui », in *Les mutations contemporaines du droit de la famille*, Droit et action publique, FONTAINE, Presses universitaires de Grenoble, 2020, pp. 37-60, disponible sur <https://www.cairn.info/les-mutations-contemporaines-du-droit--9782706144103-p-37.htm> (Consulté le 3 avril 2024).

déposant sur des œufs prélevés de l'abdomen d'une femelle, il a observé le développement normal des œufs. Il fut le premier à établir que la majorité des vertébrés naissent non pas uniquement à partir d'un seul type de gamète, mais résultent du contact entre les deux types de cellules reproductrices, qui étaient alors interprétées comme le liquide séminal et l'œuf. Il a aussi établi que ce contact ne se limite pas seulement à être indispensable pour le développement d'un individu, mais qu'il est également suffisant. La conception d'un organisme vivant peut avoir lieu sans nécessiter de rapport sexuel; il suffit d'utiliser des outils qui reproduisent les conditions naturelles. En 1780, Spallanzani poursuit ses recherches sur les mammifères, notamment les chiens et rencontre un succès similaire à celui précédemment observé.

Cette évolution dans la manière de concevoir et de pratiquer la fécondation a été rapidement intégrée par les médecins qui s'occupaient de patients confrontés à des problèmes de fertilité.

C'est en 1791 que John Hunter, un chirurgien écossais, réalise la première insémination intra-conjugale à Londres. Il a collecté le sperme d'un homme et l'a injecté dans le vagin de son épouse, dans le but de pallier l'infertilité du couple^{7 8}.

Bien que cette technique ait été réalisée avec succès, il a fallu attendre plus d'un siècle pour que l'insémination avec le sperme du conjoint (IAC) obtienne officiellement le statut de traitement contre l'infertilité dans les couples. Cette reconnaissance a d'abord eu lieu aux États-Unis, puis en Europe, avec l'organisation de banques de sperme permettant la pratique de l'insémination artificielle avec le sperme d'un donneur (IAD)⁹.

Robert Edwards et Patrick Steptoe, un biologiste et un gynécologue britanniques, ont travaillé dans les années 1960 et 1970 pour développer une méthode de fécondation en dehors du corps de la femme. Malgré des centaines de tentatives, aucune n'a abouti à la naissance d'un enfant. Une expérience menée en novembre 1977 avec un couple britannique infertile, John et Lesley Brown, a été réalisée en plaçant leurs ovules et spermatozoïdes dans une éprouvette. L'embryon résultant a été réimplanté dans l'utérus de Mme Brown à l'aide d'un tube. Le 25 juillet 1978, leur travail a abouti à une avancée historique avec la naissance de Louise Brown, le premier "bébé éprouvette".

Cet évènement a suscité un grand intérêt, leur méthode a offert un nouvel espoir aux couples ayant des problèmes de fertilité. Cependant, cette expérimentation a également soulevé des questions éthiques et scientifiques, notamment sur les conséquences pour la santé de l'enfant et le statut des embryons congelés. Des leaders religieux ont exprimé de fortes réticences. En 2010, Robert Edwards a été honoré du prix Nobel de médecine pour ses travaux¹⁰.

⁷ S. BATEMAN, « Procréer sans sexualité : généalogie d'une manière de penser et de réaliser la fécondation », in D. BONNET, F. CAHEN et V. ROZEE (éds.), *Procréation et imaginaires collectifs : Fictions, mythes et représentations de la PMA*, Questions de populations, Paris, Ined Éditions, 2021, pp. 27-40, disponible sur <https://books.openedition.org/ined/17184> (Consulté le 6 mars 2024).

⁸ J.-F. MIGNOT, « Quand l'insémination artificielle était contre nature », *La Vie des idées*, avril 2018, disponible sur <https://laviedesidees.fr/Quand-l-insemination-artificielle-etait-contre-nature> (Consulté le 6 mars 2024).

⁹ ADMIN, « L'évolution de la procréation médicalement assistée », *IVI France*, 3 octobre 2017, disponible sur <https://ivi-fertilite.fr/blog/evolution-procreation-medicalement-assistee/> (Consulté le 5 mars 2024).

¹⁰ PERSPECTIVE MONDE, « Naissance du premier « bébé éprouvette » | Evenements | Perspective Monde », s.d., disponible sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMEve/1348> (Consulté le 4 mars 2024).

Plus de 10 millions d'enfants ont été conçus dans le monde grâce à cette méthode avec une majorité de traitement de PMA effectués en Europe¹¹.

Le premier "bébé éprouvette" conçu en Belgique par fécondation in vitro vit le jour au centre hospitalier universitaire de Bruxelles (UZ Brussel) le 23 juin 1983¹².

Au cours de ces 40 dernières années, les techniques de PMA ont connu un développement remarquable en Belgique, un pays pionnier dans ce domaine. Actuellement, le pays compte 18 centres dédiés à la PMA, répartis équitablement avec un centre par hôpital universitaire et un centre non-universitaire par province, ainsi que 16 banques de gamètes. En 2020, un total de 33 245 cycles de FIV ont été réalisés, aboutissant à 5 194 naissances, représentant ainsi 4,6 % du nombre total des naissances¹³.

2.3 Conditions et champ d'application

2.3.1 ACTEURS

2.3.1.1 Centres de fécondation et centres de génétique humaine

En Belgique, les techniques de procréation médicalement assistée sont mises en œuvre par des laboratoires certifiés qui sont associés à des programmes de soins spécialisés en médecine reproductive ou en génétique humaine, connus sous le nom de centres de fécondation¹⁴. La loi énonce que seuls les centres de fécondation sont autorisés à effectuer les activités de fécondation in vitro et de cryoconservation¹⁵ d'embryons, de gamètes, de gonades¹⁶ et de fragments de gonades¹⁷.

Dès 1999, un arrêté royal a défini les critères auxquels les centres de PMA doivent répondre pour obtenir leur agrément. Ces critères englobent les conditions logistiques, les aspects environnementaux, le personnel, l'expertise médicale ou non médicale, ainsi que les normes de qualité¹⁸.

¹¹ C. BROCHIER, « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », *op. cit.*, p. 1.

¹² REDACTIE, « Trente ans de fécondation in vitro en Belgique », *7sur7.be*, 20 juin 2013, disponible sur <https://www.7sur7.be/sante-et-bien-etre/trente-ans-de-fecondation-in-vitro-en-belgique~af0854e7/> (Consulté le 4 mars 2024).

¹³ C. BROCHIER, « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », *op. cit.*, p. 1.

¹⁴ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *Revue trimestrielle de droit familial*, s.d., n° 2/2008, p. 281.

¹⁵ Cryoconservation: congélation des gamètes, des embryons surnuméraires, des gonades et fragments de gonades.

¹⁶ Gonades: organe produisant les cellules de la reproduction, à savoir les ovaires chez la femme et les testicules chez l'homme.

¹⁷ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 3, al. 1^{er}.

¹⁸ Arrêté royal relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, *M.B.*, 15 février 1999.

On distingue deux catégories de centres de fertilité en Belgique:

- Les centres de type A, qui prennent en charge le traitement de la fertilité jusqu'à la collecte des ovocytes. Ils orientent ensuite les patients vers des centres de type B, équipés de laboratoires d'embryologie, pour le transfert des embryons. Il existe 14 centres de type A.
- Les centres de type B, qui disposent de laboratoires d'embryologie permettant la réalisation de la fécondation in vitro et le traitement ainsi que la conservation des gamètes et des embryons. Les patients doivent donc se rendre dans l'un de ces centres pour le transfert des embryons. Il existe 17 centres de type B¹⁹.

La loi du 6 juillet 2007 introduit un nouvel élément dans le processus du diagnostic génétique préimplantatoire (DPI). Elle dispose que ce diagnostic ne peut être effectué que dans un cadre spécifique, impliquant à la fois un centre de fécondation et un centre de génétique humaine, qui doivent avoir établi une convention de collaboration dédiée à cette pratique²⁰.

Le DPI représente une forme de dépistage prénatal, permettant d'identifier précocement la présence de mutations génétiques héréditaires. En cas de risque de transmission d'une maladie génétique à la descendance, un test prénatal invasif peut déterminer si le fœtus est affecté par la maladie. Cette procédure est qualifiée d'"invasive" car elle implique une intervention légère pour prélever des échantillons de tissu placentaire ou de liquide amniotique.

Le DPI se distingue en ce qu'il permet d'établir un diagnostic génétique avant même la conception de l'enfant. En d'autres termes, il offre la possibilité de concevoir un enfant sans risque de transmission de la maladie génétique en question. Cette approche précoce évite également aux parents la difficile décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse potentiellement affectée par la maladie²¹.

2.3.1.2 Auteurs du projet parental, donneur et receveur d'embryon et de gamètes et la personne prélevée

La loi spécifie que tout individu désirant devenir parent grâce à une procréation médicalement assistée, qu'il utilise ses propres gamètes ou embryons ou non, est considéré comme l'auteur du projet parental²².

Le donneur d'embryon est défini comme la personne qui, par le biais d'une convention à titre gratuit avec un centre de fécondation in vitro, transfère des embryons surnuméraires en vue

¹⁹ JEVEUX1BEBE, « Jeveux1bebe.be - Centres A et B », s.d., disponible sur <https://www.jeveux1bebe.be/examens-et-diagnostics/centres-a-et-b> (Consulté le 6 mars 2024).

²⁰ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 71.

²¹ BRUSSELS IVF, « Examen des embryons (DPI) », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brusselsivf.be/fr/traitement/dpi/> (Consulté le 5 mars 2024).

²² Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 2, f).

de leur utilisation anonyme lors d'une procréation médicalement assistée chez des receveurs d'embryons, sans que cela établisse de lien de filiation entre l'enfant à naître et le donneur²³.

Le receveur d'embryon est la personne qui, par écrit, consent à recevoir des embryons surnuméraires dans le cadre d'une procréation médicalement assistée, sans qu'il y ait de lien de filiation entre le donneur et l'enfant à naître²⁴.

Le donneur de gamètes est la personne qui, par une convention à titre gratuit avec un centre de fécondation in vitro, fournit des gamètes afin qu'ils soient utilisés dans le cadre d'une procréation médicalement assistée chez des receveurs de gamètes, sans que cela ne crée de lien de filiation entre le donneur et l'enfant à naître²⁵.

Le receveur de gamètes est la personne qui, par écrit, consent à recevoir des gamètes dans le cadre d'une procréation médicalement assistée, sans qu'il y ait de lien de filiation entre le donneur de gamètes et l'enfant à naître²⁶.

La personne prélevée est définie comme celle qui fera l'objet d'un prélèvement de gamètes en vue de les intégrer à un protocole de recherche scientifique²⁷.

2.3.2 LIMITES ET LIBERTES

2.3.2.1 *Âge*

La limite d'âge est fixée par l'article 4 de la loi du 6 juillet 2007. Elle établit des restrictions pour le prélèvement de gamètes, la demande d'implantation d'embryons ou d'insémination de gamètes, ainsi que leur réalisation.

Les femmes majeures peuvent donner leurs gamètes jusqu'à l'âge de 45 ans maximum²⁸. Toutefois, dans des circonstances médicales exceptionnelles, le prélèvement de gamètes chez les mineurs est autorisé pour la cryoconservation, ainsi que celle des embryons surnuméraires, des gonades ou des fragments de gonades²⁹.

Quant à la demande d'implantation d'embryons ou d'insémination de gamètes, la demandeuse doit être majeure et âgée de 45 ans maximum³⁰. Dans un projet parental impliquant deux personnes, il n'y a pas de restriction d'âge pour le coauteur qui accompagne la femme recevant l'insémination ou l'implantation.

Enfin, l'implantation d'embryons ou l'insémination de gamètes est interdite chez les femmes majeures de plus de 47 ans et aucune restriction d'âge n'est imposée au coauteur du projet parental dans le cas d'un projet impliquant deux personnes³¹.

²³ *Ibid.*, art. 2, i).

²⁴ *Ibid.*, art. 2, j).

²⁵ *Ibid.*, art. 2, p).

²⁶ *Ibid.*, art. 2, q).

²⁷ *Ibid.*, art. 2, o).

²⁸ *Ibid.*, art. 4, al. 1^{er}.

²⁹ *Ibid.*, art. 4, al. 4.

³⁰ *Ibid.*, art. 4, al. 2.

³¹ *Ibid.*, art. 4, al. 3.

Les travaux préparatoires de la loi du 6 juillet 2007³² justifient ces critères d'âges en raison de considérations éthiques et médicales. Un aspect essentiel à considérer est la qualité des ovocytes: les spermatozoïdes sont produits tout au long de la vie chez l'homme, tandis que les ovules sont présents en quantité limitée dès la naissance chez la femme, et leur qualité diminue avec l'avancée en âge.

Bien que ces critères ne s'appliquent qu'aux femmes, certains centres ont la possibilité d'établir des critères d'âges également pour les hommes. L'objectif initial de ces conditions était d'éviter toute discrimination envers les femmes due à une différence d'âge avec leur partenaire. En effet, imposer une limite d'âge identique pour les deux membres du couple aurait pour conséquence d'empêcher une femme répondant aux critères d'âge requis de bénéficier de la procréation médicalement assistée si son partenaire dépassait cette limite³³.

2.3.2.2 Profil

En Belgique, l'accès à la PMA est donc ouvert à toute personne, qu'elle soit célibataire, mariée ou en union libre, sans obligation de démontrer la stabilité de la relation pour les couples.

Cependant, cette exigence peut différer selon les centres. Par exemple, le centre PMA CHC de Liège prend en charge les couples hétérosexuels et homosexuels qui sont ensemble depuis au moins un an³⁴.

Aucune distinction n'est faite quant à l'orientation sexuelle, les couples hétérosexuels ou homosexuels pouvant avoir recours à la PMA. Les femmes célibataires ont également accès à ces services.

La législation belge ne requiert pas de conditions de nationalité ou de résidence, permettant ainsi à des individus étrangers d'accéder à ces traitements³⁵.

2.3.3 PROCEDURE

2.3.3.1 Demande

La personne ou le couple souhaitant recourir à la procréation médicalement assistée adresse sa demande au centre de fécondation, sans qu'aucun formalisme ne soit initialement requis.

Certains aspects du processus de PMA, tels que la possibilité de recourir à un don de gamètes ou d'embryons³⁶ ou éventuellement la prolongation du délai de conservation³⁷, doivent être soumis à une procédure spécifique, selon les dispositions de la loi.

³² Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 23 novembre 2005, n° 3-1440/1.

³³ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, pp. 296-298.

³⁴ GROUPE SANTE CHC, « Les limites de la PMA », *Groupe santé CHC*, s.d., disponible sur <https://chc.be/Services/Centre-de-PMA/PMA/L-ethique/Les-limites-de-la-PMA> (Consulté le 6 mars 2024).

³⁵ LA LIGUE DES FAMILLES, « Les difficultés du parcours PMA », février 2024, p. 8.

³⁶ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 32 et 61.

³⁷ *Ibid.*, art. 18 et 47.

Selon l'alinéa 2 de l'article 5 de la loi du 6 juillet 2007, le centre de fécondation dispose d'un délai d'un mois à compter de la décision du médecin consulté pour notifier s'il refuse de donner suite à la demande³⁸.

Cependant, les centres sont tenus d'être transparents quant à leur politique d'accessibilité au traitement. Le refus doit être communiqué par écrit, en exposant non seulement les motifs médicaux ou de conscience sous-jacents, mais aussi, sur demande des demandeurs, en fournissant les coordonnées d'un autre centre de fécondation vers lequel ils peuvent se tourner³⁹.

Il incombe donc à chaque centre de fertilité de décider d'accéder ou non à la demande de PMA, en veillant à ce que les médecins examinent les causes de l'infertilité de la femme ou du couple demandeur, lorsque cela est nécessaire. Cette liberté accordée à chaque centre entraîne une disparité de pratiques sur le territoire, ce qui signifie que certaines demandes peuvent être acceptées dans un centre et refusées dans un autre⁴⁰.

La loi inclut donc une disposition pour les professionnels de santé qui, pour des raisons de conscience, refusent de participer à ce type de pratique.

En Belgique, le concept de "clause de conscience" n'est pas défini légalement. Il émane du principe de liberté de conscience et peut être interprété comme la faculté pour une personne de refuser d'accomplir un acte qui contreviendrait à sa conscience, pour des motifs d'ordre moral ou religieux⁴¹.

2.3.3.2 Vérification, information et accompagnement

Si le centre de fécondation consulté décide de répondre favorablement à la demande de PMA, il doit préalablement s'assurer, lorsque cela est nécessaire, que les causes de la stérilité, de l'infertilité ou de l'hypofertilité de la personne ou du couple demandeur ont été identifiées et traitées conformément aux connaissances scientifiques et aux pratiques professionnelles établies⁴².

La nécessité de cette vérification découle de la volonté d'éviter un recours excessif et précipité à la procréation médicalement assistée comme solution à l'infertilité. En effet, les consultations menées par le Groupe de travail "bioéthique"^{43 44} ont mis en lumière une tendance à utiliser de manière trop hâtive les techniques de PMA, alors même que des solutions moins

³⁸ *Ibid.*, art. 5, al. 2.

³⁹ *Ibid.*, art. 5, al. 3.

⁴⁰ LA LIGUE DES FAMILLES, « Les difficultés du parcours PMA », *op. cit.*, p. 8.

⁴¹ J. PAPAZOGLU, « La clause de conscience comme arme anti-IVG », *Centre d'Action Laïque*, février 2019, disponible sur <https://www.laicite.be/magazine-article/clause-de-conscience-arme-anti-ivg/> (Consulté le 7 mars 2024).

⁴² Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 6, al. 1^{er}.

⁴³ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, n° 3-1440/1, *op. cit.*, p. 101.

⁴⁴ Rapport fait au nom du Groupe de travail « bioéthique » par Mme C. Nyssens, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2004-2005, 16 novembre 2004, n° 3-418/2, pp. 91 et s.

invasives, plus simples et moins coûteuses sont souvent envisageables dans la plupart des cas⁴⁵.

Une fois cette vérification effectuée, le centre de fécondation consulté est tenu de fournir aux parties concernées des informations complètes et transparentes sur la procréation médicalement assistée et offrir un soutien psychologique aux parties concernées avant et pendant le processus de procréation médicalement assistée⁴⁶.

Tout au long du parcours en procréation médicalement assistée, l'initiation d'un traitement marque une étape significative, mais souvent difficile. Les examens et traitements médicaux peuvent être ressentis comme pesants, impérieux et pénibles. L'incertitude inhérente à ce processus est également source de préoccupations comme le fait de ne pas savoir avec certitude quel sera le résultat du traitement; c'est un défi difficile à surmonter. Il est donc normal que chacun réagisse différemment émotionnellement, oscillant entre l'inquiétude et l'espoir que le traitement suscite.

Dans certains cas, cette situation peut devenir très éprouvante et le recours à un soutien extérieur peut être bénéfique. C'est pourquoi des psychologues sont disponibles au sein des centres de PMA. Ils peuvent collaborer avec les gynécologues pour accompagner au mieux les patients dans leurs parcours, en offrant un soutien adapté à chaque étape du traitement. Par exemple, ils peuvent aider à faire face aux défis liés au démarrage du traitement, à maintenir le moral lorsque des périodes difficiles sont traversées, ou à mieux gérer les aspects émotionnels et physiques de la PMA⁴⁷.

2.3.3.3 Convention

Dans le cadre de la PMA, une convention doit être établie entre le ou les auteurs du projet parental et le centre de fécondation. Cette convention, signée en deux exemplaires, vise à régler tous les détails de la procédure afin de prévenir tout désaccord ultérieur⁴⁸. Les instructions contenues dans cette convention peuvent être modifiées jusqu'à la dernière étape du processus ou jusqu'à l'expiration du délai de conservation des embryons ou des gamètes⁴⁹. Toute modification doit être approuvée par écrit et signée par le centre de fécondation et le ou les auteurs du projet parental.

⁴⁵ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, p. 305.

⁴⁶ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 6, al. 2.

⁴⁷ G. BLEU, « En savoir plus: Le soutien psychologique », CPMA, s.d., disponible sur <http://cpma-ulg.be/en-savoir-plus/le-soutien-psychologique/> (Consulté le 6 mars 2024).

⁴⁸ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 7.

⁴⁹ *Ibid.*, art. 8.

En plus des informations de base telles que l'identité et l'adresse d'un ou des auteurs du projet parental ainsi que les coordonnées du centre, la convention aborde également des aspects spécifiques du projet parental, tels que le futur du projet en cas de décès d'un ou des auteurs du projet parental, le sort du matériel génétique congelé à la fin de sa période de conservation⁵⁰ ou la possibilité de recourir à un diagnostic génétique préimplantatoire^{51 52}.

2.4 Différentes techniques de PMA

2.4.1 INSEMINATION ARTIFICIELLE (IA)

L'insémination artificielle est également connue sous le nom d'insémination artificielle intra-utérine (IIU). Il s'agit de la méthode la plus simple, la moins coûteuse et elle est peu invasive. Cette pratique est souvent la première option envisagée dans le traitement de l'infertilité⁵³.

L'insémination artificielle est recommandée en cas de problèmes de qualité de sperme ou de la glaire cervicale. Celle-ci, produite dans l'utérus, facilite le déplacement des spermatozoïdes vers l'ovule.

Cette technique consiste à introduire des spermatozoïdes dans l'utérus pendant la période d'ovulation. Les spermatozoïdes peuvent provenir du père (IAC)⁵⁴ ou d'un donneur (IAD)⁵⁵, si le problème d'infertilité est dû à la qualité ou à l'absence de spermatozoïdes du côté du père.

Dans la pratique, les ovaires sont stimulés par des hormones pour favoriser la maturation des ovocytes. Un suivi de l'ovulation est effectué pour déterminer le meilleur moment pour réaliser l'insémination. Un autre facteur crucial pour le succès de la procédure est la qualité du sperme. Avant d'être introduit dans le vagin, le sperme est "préparé" en séparant les spermatozoïdes mobiles des autres liquides, tels que le plasma séminal.

Après l'insémination, un traitement à base de progestérone est souvent prescrit pour favoriser la nidation de l'embryon. Un test de grossesse est ensuite réalisé deux semaines plus tard⁵⁶.

⁵⁰ *Ibid.*, art. 13 et 42.

⁵¹ *Ibid.*, art. 69, §2.

⁵² M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, p. 307.

⁵³ GROUPE SANTE CHC, « L'insémination intra-utérine (IIU) », *Groupe santé CHC*, s.d., disponible sur <https://chc.be/Services/Centre-de-PMA/PMA/Les-traitements-de-PMA/L-insemination-intra-uterine-IIU> (Consulté le 4 mars 2024).

⁵⁴ IAC: Insémination Avec Conjoint.

⁵⁵ IAD: Insémination Avec Donneur.

⁵⁶ PARTENAMUT, « La procréation médicalement assistée (PMA), comment ça marche ? », 14 mars 2023, disponible sur <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/grossesse-et-naissance/grossesse/infertilité-pma-fiv> (Consulté le 8 mars 2024).

2.4.2 FÉCONDATION IN VITRO SANS MICROMANIPULATION (FIV OU FIVETE)

Dans le cadre de la fécondation in vitro (FIV), la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovocyte se produit en dehors de l'utérus, dans un environnement artificiel. Ensuite, l'embryon ainsi formé est réimplanté dans l'utérus, ce processus étant appelé transfert d'embryon.

La FIV offre plusieurs possibilités, notamment:

- Utiliser le sperme du conjoint et les ovules de la femme.
- Recourir à un don de sperme ou d'ovocytes⁵⁷.

Il convient de noter que les fécondations artificielles sont qualifiées d'homologues lorsque les gamètes utilisés proviennent du couple demandeur, et d'hétérologues lorsqu'un donneur de sperme (pour le cas d'une infertilité masculine) ou une donneuse d'ovules (pour le cas d'une infertilité féminine) externe au couple est sollicité⁵⁸.

Concernant le déroulement de la fécondation in vitro:

Tout d'abord, des hormones sont prescrites pour stimuler une hyperovulation, permettant d'obtenir plusieurs ovocytes fécondables.

Les ovocytes sont prélevés par ponction, sous anesthésie locale ou générale, à l'aide d'une sonde échographique munie d'une fine aiguille. Le sperme du partenaire est recueilli le même jour que le prélèvement des ovocytes.

Les spermatozoïdes sont ensuite observés et sélectionnés en laboratoire, puis placés en contact avec les ovocytes pour provoquer la fécondation.

Après l'insémination, les ovules sont mis en culture dans un incubateur pour obtenir des embryons⁵⁹.

Les embryons ainsi formés in vitro peuvent subir un screening.

Le screening consiste en un simple comptage de quelques paires de chromosomes, qui sont souvent associées à des anomalies numériques. Contrairement au DPI, qui vise à identifier des maladies génétiques spécifiques, le screening est réalisé avant la réimplantation des embryons. Il est rarement pratiqué de manière systématique, principalement en raison de son coût élevé, variant entre 2 300,00 EUR et 3 600,00 EUR par cycle et non remboursé⁶⁰.

Si la fécondation réussit, l'embryon est implanté dans l'utérus entre 2 à 5 jours après l'insémination, par un cathéter introduit dans le vagin. Cette procédure est rapide et ne nécessite pas d'anesthésie. Les embryons non utilisés peuvent être cryopréservés pour une utilisation future.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ C. BROCHIER, « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », *op. cit.*, p. 3.

⁵⁹ PARTENAMUT, « La procréation médicalement assistée (PMA), comment ça marche ? », *op. cit.*

⁶⁰ C. BROCHIER, « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », *op. cit.*, pp. 3 et 13.

Un traitement à la progestérone commence généralement le lendemain de l'implantation des embryons pour favoriser la nidification. Un test de grossesse est effectué deux semaines après le transfert d'embryons pour confirmer la réussite de la fécondation⁶¹.

Avant, le risque le plus courant associé à la FIV était la survenue de grossesses gémellaires (représentant 20 % des grossesses jusqu'en 2003) et de grossesses triples (constituant autrefois 2 % des grossesses).

Grâce aux mesures actuelles, notamment le transfert d'un seul embryon chez les femmes jeunes, ces risques ont considérablement diminué, atteignant environ 10 % et 0,2 % respectivement. Ces chiffres sont désormais comparables à ceux des grossesses multiples spontanées sans recours à la PMA⁶².

En Belgique, la loi restreint le nombre d'embryons implantés, sauf dans des circonstances spécifiques liées à l'âge ou à la morphologie embryonnaire.

Pour les femmes âgées de 35 ans ou moins, lors du premier essai ou cycle, seul un embryon frais peut être implanté. Lors du second essai, il est possible d'implanter un embryon frais ou deux si la qualité de l'embryon est jugée insuffisante. À partir du troisième essai et des suivants, le nombre maximum d'embryons frais à implanter est de deux.

Pour les femmes âgées de plus de 35 ans et jusqu'à 39 ans, lors du premier et du deuxième essai, un maximum de deux embryons frais peut être implanté. Pour le troisième essai et les essais suivants, le nombre maximum d'embryons frais à implanter est de trois.

Dans le cas où l'âge de la femme est supérieur à 39 ans et inférieur ou égal à 42 ans, il n'y a pas de limite imposée quant aux nombres d'embryons frais pouvant être replacés.

Cependant, une exception aux règles précédentes s'applique: lors de l'utilisation d'embryons décongelés, un maximum de deux embryons peut être implanté.

En cas de combinaison d'embryons frais et décongelés, les critères énoncés précédemment s'appliquent, c'est-à-dire les limites fixées pour chaque tranche d'âge⁶³.

De plus, la loi interdit l'implantation simultanée d'embryons provenant de donneurs différents^{64 65}.

⁶¹ PARTENAMUT, « La procréation médicalement assistée (PMA), comment ça marche ? », *op. cit.*

⁶² T. MANIFEST, « Fécondation In Vitro (FIV) - Chirec », s.d., disponible sur <https://chirec.be/fr/fecondation-in-vitro-fiv/> (Consulté le 6 mai 2024).

⁶³ Arrêté royal du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *M.B.*, 16 juin 2003.

⁶⁴ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 25.

⁶⁵ C. BROCHIER, « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », *op. cit.*, p. 3.

2.4.3 FECONDATION IN VITRO AVEC MICROMANIPULATION (ICSI)

Cette technique spécifique est connue sous le nom d'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI).

Contrairement à la méthode traditionnelle de fécondation in vitro, qui consiste simplement à mettre en présence les spermatozoïdes avec les ovocytes, l'ICSI requiert l'injection directe d'un spermatozoïde dans le cytoplasme de chaque ovocyte mature⁶⁶.

Ces deux procédés sont réalisés dans une boîte de Pétri, une "*boîte de verre ou de matière plastique utilisée en bactériologie pour les cultures sur milieux solides*"⁶⁷.

L'ICSI implique une préparation spécifique des ovocytes et des spermatozoïdes. Cette préparation comprend tout d'abord la "décoronisation", qui consiste à enlever la couronne de cellules qui entoure l'ovocyte, permettant ainsi une évaluation précise de sa capacité à être fécondé. Seuls les ovocytes matures sont sélectionnés pour la micro-injection.

Le sperme est également préparé en fonction de sa qualité initiale, utilisant différentes techniques visant à séparer les spermatozoïdes du liquide séminal et à sélectionner les spermatozoïdes vivants et présentant la meilleure morphologie.

Sous le contrôle d'un microscope, le biologiste maintient l'ovocyte dans une position précise à l'aide d'une micropipette, puis aspire un spermatozoïde sélectionné avec une deuxième micropipette pour l'injecter directement dans l'ovocyte. Cette micro-injection est répétée pour chaque ovocyte mature capable d'être fécondé. Ensuite, les ovocytes sont placés dans une boîte de culture à l'intérieur d'un incubateur réglé à 37 °C, où le développement embryonnaire se poursuivra⁶⁸.

Tout comme pour la FIV classique, l'embryon est transféré dans l'utérus après trois à cinq jours de développement, favorisant ainsi une implantation optimale.

Cette méthode présente plusieurs avantages, notamment en cas de faible quantité de spermatozoïdes disponibles ou après plusieurs tentatives infructueuses d'insémination.

L'ICSI est particulièrement bénéfique pour les couples où l'homme présente une faible fertilité. Si les examens médicaux révèlent que le sperme du conjoint ne contient pas suffisamment de spermatozoïdes viables pour réussir une FIV traditionnelle, l'ICSI est alors envisagée. De plus, si une tentative de FIV traditionnelle ne donne pas de résultats satisfaisants, l'ICSI peut être utilisée lors d'une tentative ultérieure, éventuellement en ciblant spécifiquement certains ovocytes⁶⁹.

⁶⁶ BRUSSELS IVF, « FIV et ICSI », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brusselsivf.be/fr/traitement/fiv/> (Consulté le 27 avril 2024).

⁶⁷ É. LAROUSSE, « Définitions : boîte de Petri - Dictionnaire de français Larousse », s.d., disponible sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bo%C3%A0Ete_de_Petri/59991 (Consulté le 27 avril 2024).

⁶⁸ G. BLEU, « La fécondation in vitro - ICSI », *CPMA*, s.d., disponible sur <http://cpma-ulg.be/les-traitements/la-fecondation-in-vitro/icsi/> (Consulté le 27 avril 2024).

⁶⁹ BRUSSELS IVF, « FIV et ICSI », *op. cit.*

2.5 Destination des embryons surnuméraires et des gamètes

Pendant un cycle de FIV/ICSI, il est fréquent que plusieurs embryons se développent en laboratoire⁷⁰.

Comme souligné précédemment, la législation belge restreint le nombre d'embryons implantés, sauf dans des circonstances spécifiques liées à l'âge ou à la morphologie embryonnaire⁷¹. Les embryons non transférés, appelés surnuméraires, sont laissés au choix du couple quant à leur destination.

Selon la loi du 6 juillet 2007, ces embryons peuvent être congelés pour une future tentative de réimplantation, utilisés à des fins de recherches scientifiques, donnés à un autre couple en attente, ou détruits⁷². Ces trois dernières options peuvent être envisagées si la première option d'une réimplantation future n'est pas effectuée et si le délai de conservation est expiré⁷³.

Lorsque des gamètes sont collectés pour un projet parental mais ne sont pas utilisés immédiatement, les mêmes options s'appliquent. De plus, contrairement aux embryons, les gamètes peuvent être collectés en dehors de tout projet parental pour être utilisés dans la recherche ou pour être donnés^{74 75}.

2.5.1 PROJET PARENTAL ACTUEL OU FUTUR

Les embryons surnuméraires, issus d'une procréation médicalement assistée mais non implantés chez la femme⁷⁶, peuvent être conservés par cryoconservation en vue de la continuité du projet parental, en cas d'échec d'implantation, ou pour un projet parental ultérieur⁷⁷.

Lors d'un traitement de PMA, il peut être nécessaire de recourir à la cryoconservation du matériel reproductif humain, que ce soit avant ou pendant le processus. Cette méthode implique la congélation et la conservation de sperme, d'ovocytes et d'embryons en vue de leur utilisation ultérieure dans le cadre de la PMA.

La cryoconservation est une option envisageable pour diverses raisons, tant pour les femmes que pour les hommes.

Pour les femmes, elle peut être bénéfique dans plusieurs cas. Par exemple, en conservant des ovocytes, cela permet d'envisager une utilisation ultérieure, que ce soit pour des raisons personnelles ou médicales, ou encore en cas d'indisponibilité de spermatozoïdes lors d'un

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Arrêté royal du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *op. cit.*

⁷² C. BROCHIER, « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », *op. cit.*, p. 3.

⁷³ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 10.

⁷⁴ *Ibid.*, art. 37.

⁷⁵ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, p. 308.

⁷⁶ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 2, d).

⁷⁷ *Ibid.*, art. 10, al. 1^{er}.

traitement de FIV/ICSI. De plus, en cas de diagnostic d'un cancer ou de maladies sanguines, la conservation de tissu ovarien peut préserver la fertilité, en permettant la transplantation ultérieure de tissu ovarien après un traitement contre le cancer, offrant ainsi de bonnes perspectives de fertilité. Cette prise en charge de la fertilité s'appelle l'oncofertilité⁷⁸.

À la suite de notre entretien dans le cadre de ce travail avec le Dr Habran, médecin au Centre PMA ULiège du CHR de la Citadelle, il a été indiqué que le centre pratique le *social freezing*. Cette technique consiste à congeler des ovocytes pour des raisons non médicales en vue d'une utilisation future, afin de prévenir l'infertilité liée à l'âge, car la fertilité diminue généralement à partir de 35/37 ans (annexe 1).

Pour les hommes, la cryoconservation du sperme est une solution pratique lors d'un traitement de PMA, notamment si un échantillon frais ne peut être obtenu au moment nécessaire, ou pour des raisons médicales ou personnelles, comme avant une vasectomie. De plus, la conservation de tissu testiculaire offre une alternative en cas d'absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat, avec la possibilité de prélever des spermatozoïdes par intervention chirurgicale. En cas de diagnostic de cancer ou de maladie sanguine chez un garçon prépubère, la cryoconservation de tissu testiculaire peut également être envisagée pour préserver la fertilité future, avec la possibilité de réactiver la production de spermatozoïdes après un traitement contre le cancer⁷⁹.

Les personnes engagées dans un parcours de transition de genre peuvent également recourir à la cryoconservation de leurs gamètes (annexe 1).

Lorsque les futurs parents décident de conserver des embryons surnuméraires pour leur projet parental ou pour un projet ultérieur, le centre de fécondation a l'obligation de les informer⁸⁰ sur la durée et les conditions de conservation, ainsi que sur les options disponibles à la fin du délai de conservation⁸¹. Ensuite, ils doivent spécifier dans un accord ce qu'il adviendra des embryons en cas de divorce, de séparation, de désaccord persistant, d'incapacité de décision permanente ou de décès de l'un des parents, ainsi qu'à la fin du délai de conservation⁸². C'est également la même procédure pour les gamètes surnuméraires^{83 84}.

Le délai de conservation est de cinq ans pour les embryons surnuméraires cryoconservés en vue de la réalisation d'un projet parental présent ou futur. Ce délai commence à partir de la date de congélation⁸⁵.

Le délai de conservation de cinq ans peut être modifié selon la demande des auteurs du projet parental, soit en le raccourcissant soit en le prolongeant⁸⁶. Cette modification peut être prévue

⁷⁸ BRUSSELS IVF, « Cryoconservation », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brusselsivf.be/fr/traitement/cryoconservation/> (Consulté le 8 mai 2024).

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 12, 1^o.

⁸¹ *Ibid.*, art. 12, 2^o et 3^o.

⁸² *Ibid.*, art. 13 à 15.

⁸³ *Ibid.*, art. 40 à 44.

⁸⁴ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, pp. 308-310.

⁸⁵ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 17, al. 1^{er}.

⁸⁶ *Ibid.*, art. 17 et 18.

dès le départ dans la convention initiale ou être ajoutée ultérieurement par une modification de cette convention⁸⁷.

Une demande écrite adressée au centre de fécondation doit être traitée dans un délai raisonnable⁸⁸. Le centre a le droit de refuser ou d'accepter la demande de prolongation du délai de conservation des embryons. En cas de refus, il suivra les instructions données dans la convention à l'expiration du délai initial⁸⁹. En cas d'acceptation, la prolongation est consignée dans la convention.

Quant aux gamètes, la loi fixe un délai de conservation de dix ans à partir de la cryoconservation⁹⁰. Une réduction ou une prolongation de ce délai peut être demandé par les auteurs du projet parental, dans les mêmes conditions que pour les embryons. La prolongation doit être justifiée par des circonstances particulières, soumises à l'appréciation du centre de fécondation, et peut être prévue dès la convention initiale ou dans un avenant ultérieur^{91 92}.

2.5.2 UTILISATION DANS UN PROTOCOLE D'ETUDE SCIENTIFIQUE, DON A UN AUTRE COUPLE OU DESTRUCTION

Les auteurs du projet parental doivent déterminer dans la convention le devenir des embryons ou des gamètes surnuméraires qui ne seront pas cryoconservés pour un projet parental futur. Cela inclut les situations où le délai de conservation expire, en cas de décès ou d'incapacité des auteurs, ou si les parties ne sont plus d'accord sur l'utilisation du matériel génétique conservé pour leur procréation. Ils peuvent décider que ces embryons ou gamètes seront utilisés dans le cadre d'un protocole de recherche scientifique⁹³.

De plus, le prélèvement de gamètes est permis en dehors de tout projet parental dans le but de les utiliser pour des recherches scientifiques^{94 95}.

Les embryons et les gamètes surnuméraires, qui ne sont pas conservés pour un projet parental futur ou dont l'utilisation prévue est annulée pour diverses raisons, peuvent être affectés à un programme de don, conformément à la loi de 2007 et aux termes de la convention entre les auteurs et le centre de fécondation⁹⁶.

⁸⁷ *Ibid.*, art. 8 et 14.

⁸⁸ *Ibid.*, art. 18, §2.

⁸⁹ *Ibid.*, art. 18, §4.

⁹⁰ *Ibid.*, art. 46.

⁹¹ *Ibid.*, art. 46 et 47.

⁹² M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, pp. 310-312.

⁹³ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 10, 13, 37 et 42.

⁹⁴ *Ibid.*, art. 37.

⁹⁵ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, pp. 322 et 323.

⁹⁶ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 10, 13, 37 et 42.

Le prélèvement de gamètes est également autorisé en dehors de tout projet parental dans le but de les affecter à un programme de don^{97 98}.

La loi du 6 juillet 2007 prévoit la possibilité de détruire les embryons⁹⁹ et les gamètes¹⁰⁰.

⁹⁷ *Ibid.*, art. 37.

⁹⁸ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, p. 326.

⁹⁹ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 10, al. 2.

¹⁰⁰ *Ibid.*, art. 40, al. 2.

3 INTRODUCTION A LA PMA POST-MORTEM

3.1 Définition et objectifs

La procréation médicalement assistée (PMA) post-mortem vise à permettre à une femme, déjà engagée dans un projet de PMA avec son conjoint, et ayant perdu ce dernier suite à une maladie ou à d'autres causes, de poursuivre le processus malgré son décès.

Cette technique est également réglementée par la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes¹⁰¹. Elle définit précisément les conditions strictes dans lesquelles cette procédure peut être autorisée.

L'insémination post-mortem est une méthode qui consiste à féconder de manière médicalement assistée une femme en utilisant des gamètes cryoconservés fournis par son partenaire avant son décès, conformément à une convention établie préalablement¹⁰².

L'implantation post-mortem est une méthode de fécondation médicalement assistée permettant à une femme d'être enceinte en utilisant des embryons surnuméraires congelés, fournis par son partenaire avant son décès conformément à un accord préalablement établi¹⁰³.

La PMA post-mortem comprend à la fois l'insémination de la femme avec les spermatozoïdes de son conjoint décédé, ce qui implique une exportation de gamètes, et le transfert des embryons formés à partir des gamètes de la conjointe survivante et de son défunt conjoint, ce qui implique une réimplantation avec les embryons du couple¹⁰⁴.

La loi ne prend en compte que les situations où une femme perd son conjoint et ne prévoit pas de disposition pour le cas où un homme perd sa femme. Cette dernière hypothèse semble encore plus délicate que la première, car elle implique qu'un homme veuf utilise les gamètes cryoconservés de sa défunte épouse ou les embryons du couple, et que ceux-ci soient réimplantés dans le corps d'une autre femme. Cette situation fait donc appel à une mère porteuse.

Cette pratique, appelée gestation pour autrui (GPA), n'est pas spécifiquement réglementée dans nos lois belges. Bien que la procédure ne soit pas illégale, elle se déroule dans un vide juridique qui ne fournit aucune protection adéquate aux personnes impliquées, ce qui rend la procédure plus complexe d'un point de vue légal¹⁰⁵.

Dans le cadre de ce travail, nous avons eu l'opportunité de rencontrer le Dr Demelenne, gynécologue au centre PMA Groupe santé CHC du MontLégia. La problématique de la GPA a été abordée, et le Dr Demelenne a souligné l'absence de la loi régissant cette technique, bien

¹⁰¹ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*

¹⁰² *Ibid.*, art. 2, s).

¹⁰³ *Ibid.*, art. 2, r).

¹⁰⁴ M. MESNIL, « La CEDH sonne le glas de l'interdiction de la procréation post mortem - Civil | Dalloz Actualité », 29 septembre 2023, disponible sur <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/cedh-sonne-glas-de-l-interdiction-de-procreation-post-mortem> (Consulté le 29 avril 2024).

¹⁰⁵ BRUSSELS IVF, « La gestation pour autrui (GPA) », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brussel-sivf.be/fr/traitement/draagmoederschap/> (Consulté le 29 avril 2024).

que le processus ne soit pas illégal. Elle a recommandé de consulter un avocat pour élaborer des conventions, cependant, celles-ci n'ont pas de valeur juridique contraignante et ne lient pas les parties. En fin de compte, la GPA repose principalement sur la confiance mutuelle des parties engagées dans le processus (annexe 2).

3.2 Procédure

3.2.1 CONVENTION

La PMA post-mortem se déroule exactement de la même façon que la PMA classique en termes de conditions et de champ d'application, la seule chose qui diffère va être l'affectation des embryons surnuméraires et ce choix reviendra aux auteurs du projet parental.

Dans n'importe quel processus de PMA, avant toute implantation d'embryons, le centre de fécondation consulté ainsi que les personnes impliquées dans le projet parental doivent établir une convention¹⁰⁶.

En plus des éléments mentionnés à l'article 7, alinéa 2 de la loi du 6 juillet 2007, cette convention doit obligatoirement préciser notamment le devenir des embryons surnuméraires en cas de séparation, de divorce, d'incapacité permanente de l'une des personnes impliquées ou de désaccord insoluble entre elles, ainsi que leur devenir en cas de décès de l'une des personnes impliquées ou à l'échéance de leur période de conservation, conformément aux articles 17 et 18 de ladite loi¹⁰⁷.

Si le projet parental concerne un couple, cette convention doit être signée par les deux personnes impliquées¹⁰⁸.

Dans un projet parental impliquant le prélèvement et la conservation de gamètes, les auteurs doivent également spécifier dans la convention établie avec le centre, le devenir des gamètes congelés en cas d'incapacité permanente ou de décès de la personne ayant demandé la cryoconservation¹⁰⁹.

L'autorisation d'utiliser des embryons¹¹⁰ ou des gamètes¹¹¹ surnuméraires congelés lorsque l'un des auteurs d'un projet parental est décédé constitue sans aucun doute l'un des aspects les plus controversés de la réglementation de la procréation médicalement assistée. Après délibération, le législateur a décidé d'ouvrir cette possibilité, tout en imposant des conditions strictes: elle doit être expressément prévue dans la convention¹¹² et est soumise à un délai spécifique fixé par la loi¹¹³.

¹⁰⁶ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 7.

¹⁰⁷ *Ibid.*, art. 13, al. 1er.

¹⁰⁸ *Ibid.*, art. 13, al. 2.

¹⁰⁹ *Ibid.*, art. 42.

¹¹⁰ *Ibid.*, art. 15 et 16.

¹¹¹ *Ibid.*, art. 44 et 45.

¹¹² *Ibid.*, art. 15 et 44.

¹¹³ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, p. 317.

Concernant la modification de la convention initiale, les directives du ou des auteurs du projet parental peuvent être modifiées tant que la dernière directive n'est pas exécutée, à condition que le délai de conservation des gamètes ou des embryons surnuméraires ne soit pas expiré¹¹⁴.

Toute modification doit être consignée dans un document écrit, signé par toutes les parties ayant souscrit à la convention¹¹⁵.

Si le projet concerne un couple, ces ajustements doivent être convenus conjointement et le document écrit doit être signé par les deux auteurs du projet parental¹¹⁶.

C'est la même procédure pour la modification de la convention concernant la cryoconservation des gamètes et des embryons^{117 118}.

Cependant, si après la signature de la convention, les auteurs du projet parental ne parviennent pas à se mettre d'accord sur l'utilisation des embryons surnuméraires, le centre de fécondation consulté suivra la dernière instruction donnée conjointement par les deux auteurs du projet parental¹¹⁹.

Le Dr Habran a expliqué que lorsqu'une demande de PMA post-mortem est faite, les médecins du centre informent les auteurs du projet parental que leurs conventions incluent une clause concernant leurs souhaits en cas de décès de l'un des partenaires. Selon la loi belge, un transfert post-mortem est autorisé, mais cela nécessite l'accord préalable du couple. Cette exigence est similaire pour les cas de cryoconservation pour la préservation de la fertilité avant un traitement de chimiothérapie, où une clause est insérée pour déterminer si les gamètes peuvent être utilisés pour une insémination post-mortem (annexe 1).

Les conventions du Centre PMA-ULiège du CHR de la Citadelle sont identiques pour la PMA classique et la PMA post-mortem. Une clause spécifique demande aux auteurs du projet parental de choisir entre "oui" ou "non" pour l'insémination post-mortem dans le cadre de la cryoconservation des spermatozoïdes et pour un transfert post-mortem concernant les embryons surnuméraires. De plus, il est précisé que le centre de PMA se réserve le droit de décider d'accepter ou non l'insémination post-mortem, en se basant sur l'évaluation pluridisciplinaire du projet parental de la patiente survivante. Cette clause ne s'applique qu'au cas où une femme perd son conjoint et non au cas où un homme perd sa conjointe (annexe 3).

Selon le Dr Habran, la plupart des couples envisageant une PMA acceptent généralement la clause sur la PMA post-mortem dans leur convention. Environ un tiers de ces couples donnent leur accord en se disant qu'ils prendront une décision réelle plus tard, mais en réalité, ils n'anticipent pas vraiment cette éventualité (annexe 1).

Comme mentionné précédemment, les conventions établies dans le cadre de la gestation pour autrui (GPA) ne sont pas contraignantes juridiquement et n'engagent pas les

¹¹⁴ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 8, al. 1^{er}.

¹¹⁵ *Ibid.*, art. 8, al. 2.

¹¹⁶ *Ibid.*, art. 8, al. 3.

¹¹⁷ *Ibid.*, art. 14.

¹¹⁸ *Ibid.*, art. 43.

¹¹⁹ *Ibid.*, art. 14, al. 2.

parties concernées. En revanche, les conventions établies pour la procréation médicalement assistée post-mortem ont une valeur juridique et obligent les parties à respecter leurs engagements. La convention établira un lien entre le(s) futur(s) parent(s) et le centre de fécondation¹²⁰.

En Belgique, la GPA est régulièrement pratiquée dans seulement quatre hôpitaux. Ces établissements sont l'hôpital de la Citadelle à Liège, les hôpitaux universitaires de Gand et d'Anvers, ainsi que le CHU Saint-Pierre à Bruxelles. Bien que d'autres cliniques belges aient déjà effectué des interventions de GPA, celles-ci demeurent très rares et exceptionnelles.

L'absence de cadre législatif belge concernant la GPA entraîne une certaine improvisation dans sa mise en œuvre. Les hôpitaux établissent leurs propres règles, tout en veillant à respecter les lois existantes.

Dans un cas en particulier impliquant l'hôpital Saint-Pierre, une patiente a été dirigée vers un avocat de la région liégeoise pour obtenir des conseils juridiques. Ensemble, ils ont élaboré une convention sur l'honneur, détaillant les désirs et les restrictions du couple d'intention à l'origine du projet de GPA. Toutefois, cette convention n'est pas juridiquement contraignante, et la mère porteuse conserve le droit de changer d'avis et de décider de garder l'enfant après la naissance.

Face à cette incertitude légale, de plus en plus de couples se tournent vers des pays étrangers où la GPA est réglementée et légale. Dans ces pays, les dispositions de la convention sont juridiquement contraignantes, offrant ainsi une plus grande sécurité juridique aux parties impliquées. Les États-Unis sont parmi les destinations les plus populaires pour la GPA en raison de leur cadre juridique favorable à cette pratique^{121 122}.

3.2.2 DELAI

Dans ce processus, un délai d'attente doit être observé entre le décès et la demande de PMA post-mortem par la conjointe survivante.

Auparavant, ce délai était de six mois minimum à deux ans après le décès¹²³.

La Chambre des représentants a récemment voté un projet de loi¹²⁴ qui étend la période pendant laquelle le conjoint survivant peut utiliser les gamètes du parent décédé ou les embryons

¹²⁰ SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *Sénat*, 3 avril 2023, disponible sur <https://www.senat.fr/lc/lc193/lc193.html> (Consulté le 14 mai 2024).

¹²¹ A.-S. BRUYNDONCKX, « GPA : la Belgique tolère mais n'encadre pas. Avec quelles conséquences ? », *RTBF*, 15 février 2020, disponible sur <https://www.rtb.be/article/gpa-la-belgique-tolere-mais-n-encadre-pas-avec-quelles-consequences-10424532> (Consulté le 11 mai 2024).

¹²² C. HUTIN, « En Belgique, vers une gestation pour autrui légale pour toutes et tous ? », *Le Soir*, 7 juin 2023, disponible sur <https://www.lesoir.be/517974/article/2023-06-07/en-belgique-vers-une-gestation-pour-autrui-legale-pour-toutes-et-tous> (Consulté le 11 mai 2024).

¹²³ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 16 et 45.

¹²⁴ Projet de loi modifiant la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2022-2023, 1 juin 2023, n° 3393/001.

cryoconservés par le couple pour concevoir un enfant après le décès de l'un des deux auteurs du projet parental.

Jusqu'à présent, la loi sur la procréation médicalement assistée de 2007 limitait ce délai à deux ans après le décès du conjoint. Désormais, le conjoint survivant disposera de cinq ans pour recourir à une procréation médicalement assistée post-mortem.

Le délai d'attente de six mois, conçu comme une période de deuil, demeure inchangé. Cette volonté doit être expressément prise et consignée par écrit du vivant des deux conjoints.

Laura Verhulst, dont le conjoint est décédé d'un cancer alors qu'ils envisageaient d'avoir des enfants, a été à l'origine de cette modification de la loi. Elle a jugé le délai précédent trop court, tant sur le plan émotionnel que médical, pour concrétiser leur projet¹²⁵.

Le ministre de la Santé, Frank Vandenbroucke (Vooruit), a présenté le projet, mais c'est Laura qui en a été la principale instigatrice¹²⁶.

En 2019, Laura se marie avec Kobe. L'année suivante, en 2020, ils font l'acquisition d'une maison et commencent à envisager d'avoir des enfants. Malheureusement, à la fin de cette même année, Kobe reçoit le diagnostic d'un cancer de l'estomac. Comme c'est souvent le cas pour les jeunes patients atteints de cancer, on lui propose de préserver sa fertilité en congelant son sperme avant de commencer les traitements de chimiothérapie.

Le cancer de Kobe se révèle être particulièrement agressif. Malgré cette nouvelle difficile, le couple décide de poursuivre leur projet d'avoir des enfants à tout prix. Pour formaliser leur engagement, Kobe donne son consentement par écrit, une étape indispensable. En décembre 2021, Kobe succombe à la maladie.

Laura doit alors respecter un délai de six mois avant de pouvoir envisager la concrétisation de leur projet parental. Passé ce délai, elle ressent une certaine pression. À ce moment-là, la législation ne lui accordait que deux ans après le décès de Kobe pour utiliser ses gamètes, que ce soit par insémination artificielle ou par fécondation in vitro. Aujourd'hui, Laura est enceinte. Tout au long de cette épreuve, elle a œuvré pour sensibiliser l'opinion publique flamande à cette question. Son combat a été entendu par le ministre fédéral de la Santé, qui a décidé de porter le délai à 5 ans¹²⁷.

¹²⁵ INSTITUT EUROPEEN DE BIOETHIQUE (IEB), « Belgique : la PMA post mortem possible jusqu'à 5 ans après le décès du conjoint - Institut Européen de Bioéthique », 14 juillet 2023, disponible sur <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/belgique-la-pma-post-mortem-possible-jusqu-a-5-ans-apres-le-deces-du-conjoint-2179.html> (Consulté le 2 mai 2024).

¹²⁶ INSTITUT EUROPEEN DE BIOETHIQUE (IEB), « PMA en Belgique : jusqu'à 5 ans pour utiliser les gamètes ou les embryons du conjoint décédé ? - Institut Européen de Bioéthique », 8 février 2023, disponible sur <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/pma-en-belgique-jusqu-a-5-ans-pour-utiliser-les-gametes-ou-les-embryons-du-conjoint-decede-2142.html> (Consulté le 3 mai 2024).

¹²⁷ D. VAN OSSEL, « Avoir un enfant de son partenaire jusqu'à 5 ans après son décès, c'est désormais possible », *RTBF*, 2 juillet 2023, disponible sur <https://www.rtbf.be/article/avoir-un-enfant-de-son-partenaire-jusqu-a-5-ans-apres-son-deces-c-est-desormais-possible-11222166> (Consulté le 2 mai 2024).

3.2.3 CLAUSE DE CONSCIENCE

De nos jours, l'objection de conscience est devenue un enjeu majeur, notamment dans le domaine médical. Dans ce secteur, diverses pratiques se sont développées et normalisées, susceptibles de mettre les professionnels de la santé face à des dilemmes éthiques.

Cette réticence est d'autant plus compréhensible que ces pratiques étaient traditionnellement prohibées, aussi bien par les codes déontologiques que par la loi elle-même. Pensons notamment à l'avortement et à l'euthanasie.

Pour répondre à ces situations, la législation a introduit ce qu'on appelle une "clause de conscience". Grâce à cette clause, les professionnels de la santé peuvent refuser d'accomplir un acte qu'ils estiment contraire à leurs convictions personnelles et à leur mission¹²⁸.

Le droit fondamental à la liberté de pensée, de conscience et de religion se retrouve dans de nombreux instruments juridiques internationaux, comme en témoigne notamment l'article 9 de la Convention européenne des droits de l'homme¹²⁹.

Il est essentiel de ne pas réduire la clause de conscience à un simple conflit entre la conscience individuelle, considérée comme un intérêt privé, et la loi représentant l'intérêt public. En réalité, le droit vise à protéger la conscience en tant que liberté fondamentale, garantissant ainsi à chaque individu un espace d'autonomie face aux interférences extérieures.

Dans un État de droit moderne, la liberté de conscience incluant la clause de conscience, l'objecteur peut légitimement invoquer un droit fondamental qui protège sa conscience, opposant ainsi sa liberté de conscience à des prescriptions qu'il juge contraires à ses convictions morales.

Bien que sa liberté ne prévale pas toujours, elle ne peut pas non plus être ignorée au motif que la loi ne prévoit rien à ce sujet. En effet, toutes les objections possibles sont déjà implicitement présentes dans la reconnaissance des libertés de pensée, de conscience et de religion¹³⁰.

Dans un arrêt du 26 mai 2011, la Cour européenne des droits de l'homme affirme que les États doivent organiser leur système de santé de manière à ce que la liberté de conscience des professionnels de la santé ne constitue pas un obstacle à l'accès des patients aux services médicaux prévus par la loi¹³¹.

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a également voté une résolution et elle insiste sur l'importance de garantir le droit à l'objection de conscience, tout en soulignant que

¹²⁸ INSTITUT EUROPEEN DE BIOETHIQUE (IEB), « Clauses de conscience au profit des professionnels de la santé », *IEB*, 2011, p. 5.

¹²⁹ Convention européenne des droits de l'homme, 3 septembre 1953, art. 9, disponible sur https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_FRA.

¹³⁰ INSTITUT EUROPEEN DE BIOETHIQUE (IEB), « Clauses de conscience au profit des professionnels de la santé », *op. cit.*, pp. 25-26.

¹³¹ CEDH, *R.R. c. Pologne*, 26 mai 2011, n° 27617/04, p. 39.

l'État est responsable d'assurer à chaque patient l'accès à un traitement médical légal dans des délais appropriés¹³².

En ce qui concerne la PMA post-mortem, les médecins ont également le droit d'utiliser cette clause.

Les centres de fécondation sont tenus de fournir une transparence totale concernant leurs modalités d'accès aux traitements. Ils ont la liberté de faire valoir leur objection de conscience vis-à-vis des demandes qui leur sont adressées¹³³.

En cas de refus, les centres de fécondation doivent informer les demandeurs de leur décision dans un délai d'un mois à compter de la consultation médicale¹³⁴.

Ce refus doit être communiqué par écrit et doit impérativement inclure les raisons médicales du refus, ou invoquer explicitement la clause de conscience prévue par la loi. De plus, si les demandeurs le souhaitent, les centres de fécondation doivent fournir les coordonnées d'autres centres vers lesquels ils peuvent se tourner^{135 136}.

Le Dr Habran a indiqué que dans les parcours de PMA, qu'ils soient classiques ou post-mortem, les médecins conservent le droit d'invoquer la clause de conscience pour tout traitement.

Par exemple, si un couple opte pour la congélation de ses embryons dans le cadre d'un projet parental, le centre médical se réserve le droit de mettre fin au projet si celui-ci est jugé non viable par l'équipe du centre. Toutefois, il est alors de leur devoir d'orienter le couple vers un autre établissement (annexe 1).

¹³² Résolution 1763 relative au droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux, Ass. parl., 7 octobre 2010.

¹³³ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 5, al. 1^{er}.

¹³⁴ *Ibid.*, art. 5, al. 2.

¹³⁵ *Ibid.*, art. 5, al. 3.

¹³⁶ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, n° 3-1440/1, *op. cit.*, p. 5.

4 CADRE LEGAL BELGE

4.1 Travaux parlementaires

Cette pratique médicale a été au cœur d'une controverse majeure, donnant lieu à de nombreux débats entre partisans et opposants lors des travaux parlementaires relatifs à la loi du 6 juillet 2007 sur la procréation médicalement assistée et la destination des embryons surnuméraires et des gamètes.

La PMA post-mortem, qui était interdite à l'époque, fut mentionnée pour la première fois dans une proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées. Cette proposition souligne que les méthodes d'assistance médicale à la procréation ne doivent pas aller à l'encontre des lois de la nature. Seuls les couples hétérosexuels en âge de concevoir et dont les deux partenaires sont en vie peuvent y avoir recours, excluant ainsi des pratiques telles que l'insémination post-mortem¹³⁷.

On aborde également la conservation et l'utilisation des gamètes. Il est énoncé que les gamètes d'une personne ne peuvent être conservés qu'à des fins de procréation, pour une durée maximale de cinq ans, et avec son consentement écrit, révocable à tout moment. Une exception est prévue pour répondre aux besoins légitimes des personnes réalisant un "don préventif" de gamètes en prévision d'une infertilité ou d'une altération génétique due à un traitement médical.

Des pays voisins, comme la Grande-Bretagne, appliquent depuis un certain temps le principe du consentement écrit du donneur pour garantir une compréhension claire de son engagement et de sa participation.

Au Royaume-Uni, la conservation et l'utilisation du sperme congelé sont régies par le *Human and Fertilisation and Embryology Act*¹³⁸. Une femme britannique de 33 ans a été confrontée à cette législation lorsqu'elle a envisagé d'utiliser le sperme de son mari décédé pour concevoir. Alors qu'une insémination immédiate avec du sperme frais n'aurait pas posé de problème en vertu de la loi britannique, le consentement écrit du défunt mari à la conservation du sperme était nécessaire, ce que la veuve ne pouvait pas produire. Elle a donc choisi d'exporter le sperme en Belgique, où le consentement écrit préalable du donneur n'était pas obligatoire à l'époque. La Cour d'appel de Londres a soutenu cette décision, annulant ainsi l'interdiction de la *Human Fertilisation and Embryology Authority*^{139 140 141}.

¹³⁷ Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 1996-1997, 5 février 1997, n° 1-533/1, p. 4.

¹³⁸ Loi de 1990 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, 1 novembre 1990, disponible sur https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/pdfs/ukpga_19900037_en.pdf.

¹³⁹ Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, n° 1-533/1, *op. cit.*, p. 9.

¹⁴⁰ D. BIAHAMS, « A unique case of frozen sperm export? », *The Lancet*, février 1997, vol. 349, n° 9050, p. 448.

¹⁴¹ Court of Appeal (Civil Division), *R c. Human Fertilisation and Embryology Authority, ex parte Blood*, 6 février 1997, disponible sur <https://vlex.co.uk/vid/r-v-human-fertilisation-792623077>.

Suite à une proposition de résolution relative à la Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine¹⁴², en ce qui concerne la recherche sur les embryons in vitro, un membre s'est interrogé sur le devenir des embryons congelés en cas de décès d'un des partenaires.

Le professeur Englert, de l'Hôpital Érasme à Bruxelles, souligne d'abord la délicatesse de cette situation. Il exprime son malaise face au choix effectué, qui impose que le remplacement des embryons ne soit possible que si les deux membres du couple sont présents et consentants.

Il admet que cette solution est sujette à controverse. En cas de décès de l'homme, la femme peut récupérer ses embryons et envisager une grossesse. En revanche, si c'est la femme qui décède, il serait socialement moins acceptable que l'homme utilise les embryons avec une nouvelle partenaire. Cela soulève des questions éthiques concernant une grossesse post-mortem, une idée à laquelle le professeur a toujours été réticent, et risque de perturber l'équilibre entre les deux partenaires. Il est essentiel de prévenir une telle situation¹⁴³.

Dans un avis rendu en 2002 par le comité consultatif de Bioéthique relatif à la destination des embryons congelés¹⁴⁴, deux positions divergent concernant le droit de décision pour la procréation médicalement assistée post-mortem.

Certains estiment que le décès d'un des partenaires met fin au projet parental conjoint et soulèvent des préoccupations quant au bien-être futur de l'enfant. Priorisant le bien-être et l'autonomie de l'enfant, ces individus soutiennent que la liberté parentale peut être restreinte dans le choix du moment et de la manière de procréer. Ces arguments les conduisent à considérer le contrat de procréation comme nul en cas de mort de l'un ou des deux partenaires.

D'autres soutiennent que la décision de procréation post-mortem devrait être laissée au conjoint survivant si le partenaire décédé avait préalablement donné son consentement. Selon eux, les risques pour la santé mentale de l'enfant ne justifient pas une interdiction systématique de cette pratique¹⁴⁵.

Le comité consultatif de Bioéthique a rendu un autre avis concernant la procréation après le décès d'un partenaire¹⁴⁶.

¹⁴² Proposition de résolution relative à la Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine, en ce qui concerne la recherche sur les embryons in vitro, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 1997-1998, 9 juillet 1998, n° 1-1055/1.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 124.

¹⁴⁴ Avis n°19 du 14 octobre 2002 relatif à la destination des embryons congelés, Comité consultatif de Bioéthique, disponible sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/7966419/Avis%20n%C2%B019%20du%2014%20octobre%202002%20relatif%20%C3%A0%20la%20destination%20des%20embryons%20congel%C3%A9s.pdf.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 10.

¹⁴⁶ Avis n°28 du 21 juin 2004 relatif à la procréation après le décès du/de la partenaire, Comité consultatif de Bioéthique, disponible sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/7970407/Avis%20n%C2%B028%20du%2021%20juin%202004%20relatif%20%C3%A0%20la%20procr%C3%A9ation%20apr%C3%A8s%20le%20d%C3%A9c%C3%A8s%20du%20la%20partenaire.pdf.

Cet avis visait à répondre à une question soulevée le 16 novembre 1998 par Monsieur M. Colla, ministre de la Santé publique et des pensions:

"Récemment, une femme a été fécondée avec le sperme de son époux décédé. Est-ce éthiquement acceptable? Dans l'affirmative, à quelles conditions?"¹⁴⁷

Après avoir abordé différents points comme le projet parental, la personne décédée, les conséquences pour l'enfant, le partenaire survivant, les centres de fécondation in vitro et les banques de sperme, deux clans s'opposent.

Certains membres du Comité estiment que la PMA post-mortem est moralement inacceptable et préconisent une interdiction légale du prélèvement et de l'utilisation des gamètes du défunt. Ils suggèrent la destruction des embryons congelés après le décès d'un des partenaires.

En revanche, ceux qui admettent la PMA après le décès imposent plusieurs conditions: le consentement écrit préalable du défunt quant à l'utilisation de ses gamètes ou embryons, la restriction de leur utilisation au seul partenaire survivant pour sa propre procréation, ainsi qu'un délai d'attente d'un an après le décès pour permettre une décision éclairée. Certains estiment que les enfants nés de ce traitement doivent être reconnus comme les héritiers légitimes du défunt et bénéficier d'une période de procédure d'héritage de cinq ans et neuf mois. D'autres, en revanche, pensent que ces enfants ne devraient pas hériter du parent décédé, et qu'aucun délai ne devrait être imposé à une gestation post-mortem¹⁴⁸.

Dans une proposition de loi de 2004, la commission aborde la question du transfert d'embryons après le décès d'un conjoint. Ils débattent du délai fixé pour une demande d'insémination post-mortem, qui est de six mois après le décès du conjoint. De nombreuses préoccupations ont été soulevées concernant ce délai, ainsi que sur les questions de filiation et les préjudices potentiels pour l'enfant à naître. À la suite de cette session, le groupe de travail propose d'introduire dans la proposition de loi la notion d'"insémination post-mortem"¹⁴⁹.

Le 2 mars 2005, une proposition déposée par Mme Christine Defraigne et M. Patrik Vankrunkelsven interdit l'insémination post-mortem. Cette interdiction semble principalement motivée par les lacunes des solutions existantes: celle qui exclut de la succession l'enfant né après le décès du conjoint, violant ainsi le principe de non-discrimination, et celle qui reconnaît cet enfant comme héritier du défunt, tout en imposant un délai pour la procréation afin de ne pas prolonger excessivement la procédure de succession. Déterminer un délai approprié pour permettre le succès de la fécondation in vitro s'avère une tâche délicate¹⁵⁰.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 2.

¹⁴⁸ *Ibid.*, pp. 3-7.

¹⁴⁹ Rapport fait au nom du Groupe de travail « bioéthique » par Mme C. Nyssens, n° 3-418/2, *op. cit.*, pp. 16, 21 et 109.

¹⁵⁰ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2004-2005, 2 mars 2005, n° 3-1067/1, p. 16.

Au cours des débats en commission, la sénatrice Jacinta De Roeck a remis en question la pertinence d'une interdiction absolue de la PMA post-mortem¹⁵¹.

La proposition de synthèse soumise en novembre 2005 a reconnu le droit à l'autonomie des couples dans le domaine de la procréation médicalement assistée post-mortem, tout en établissant un délai d'attente et une limite de temps¹⁵². Cette proposition a été contestée en commission par certains membres, qui ont rappelé les réserves exprimées lors des travaux du Groupe de travail de Bioéthique¹⁵³ et ont souligné les défis éthiques et juridiques associés à cette pratique. Les auteurs ont défendu ces articles en expliquant qu'ils représentaient un compromis visant à encadrer la procréation post-mortem pour limiter les demandes et garantir des conditions adéquates. Toutefois, ces dispositions n'ont pas résolu tous les problèmes juridiques, notamment en ce qui concerne le droit de la filiation et des successions^{154 155}.

4.2 *Loi du 6 juillet 2007*

Après de nombreuses discussions, ces débats ont conduit à l'adoption de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes¹⁵⁶. Bien que la PMA et en particulier la post-mortem, suscite encore de nombreuses controverses, la Belgique est l'un des rares pays européens à avoir légiféré sur la question de la procréation post-mortem.

Néanmoins, comme mentionné précédemment, la loi ne traite ni de la filiation de l'enfant conçu après le décès ni de son droit à hériter¹⁵⁷. Cette lacune peut entraîner diverses conséquences pour lesquelles aucune solution n'a encore été trouvée. Ces répercussions pourront avoir un impact considérable sur l'enfant né de la procréation post-mortem et sur la conjointe survivante.

4.3 *À l'international*

Actuellement, la pratique de l'insémination post-mortem est légale dans plusieurs pays, bien que les critères qui l'encadrent diffèrent considérablement.

Selon Tiffaine Stegmüller, avocate suisse spécialisée en droit comparé, il existe différentes formes de procréation post-mortem.

¹⁵¹ Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par M. J. Cornil et Mme M. De Schamphelaere, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, n° 3-1440/9, p. 13.

¹⁵² Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, n° 3-1440/1, *op. cit.*, p. 9.

¹⁵³ Rapport fait au nom du Groupe de travail « bioéthique » par Mme C. Nyssens, n° 3-418/2, *op. cit.*

¹⁵⁴ Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par M. J. Cornil et Mme M. De Schamphelaere, n° 3-1440/9, *op. cit.*, pp. 97-112.

¹⁵⁵ M.-N. DERESE, « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *op. cit.*, pp. 319 et 320.

¹⁵⁶ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*

¹⁵⁷ SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *op. cit.*

Par exemple, dans certains pays comme l'Ukraine, il est courant de congeler le sperme avant de partir au front. En février 2024, l'Ukraine a même décidé de permettre la conservation gratuite des gamètes des militaires pendant trois ans après leur décès, et envisage de permettre leur utilisation par les veuves. En Israël, l'insémination post-mortem est autorisée de longue date grâce à un programme nommé *Posthumous Sperm Retrieval* (PSR)¹⁵⁸.

Ce programme implique le prélèvement de sperme à titre posthume, c'est-à-dire après le décès. Les proches des défunts souhaitent que leur sperme soit prélevé et conservé dans l'espoir de concevoir un enfant à l'avenir, afin de perpétuer leur patrimoine génétique¹⁵⁹.

Aux États-Unis, la législation est beaucoup plus flexible, permettant par exemple la conservation du sperme d'un fils décédé par sa mère dans l'espoir d'avoir des petits-enfants, ainsi que le prélèvement du sperme directement sur le défunt par sa conjointe¹⁶⁰.

En Europe, elle est autorisée en Belgique, ainsi que dans d'autres pays tels que l'Espagne, le Portugal, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Grèce¹⁶¹.

Ce point-ci fera l'objet d'un exposé développé plus en profondeur dans le chapitre suivant.

¹⁵⁸ M. SERVANT, « Pourra-t-on bientôt devenir parent malgré sa mort ? », 13 mai 2024, disponible sur <https://usbeketrica.com/fr/article/pourra-t-on-bientot-devenir-parent-malgre-sa-mort> (Consulté le 14 mai 2024).

¹⁵⁹ P.R. GHERT-ZAND, « Les embryologistes inondés de demandes de prélèvement de sperme posthumes », s.d., disponible sur <https://fr.timesofisrael.com/les-embryologistes-inondes-de-demandes-de-prelevement-de-sperme-posthumes/> (Consulté le 14 mai 2024).

¹⁶⁰ M. SERVANT, « Pourra-t-on bientôt devenir parent malgré sa mort ? », *op. cit.*

¹⁶¹ C. DONINELLI, « Procréation post mortem ou la vie après la vie | Universitas | Université de Fribourg », s.d., disponible sur <https://www.unifr.ch/universitas/fr/editions/2019-2020/la-mort/procr%C3%A9ation-post-mortem-ou-la-vie-apr%C3%A8s-la-vie.html> (Consulté le 28 avril 2024).

5 COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS

5.1 Espagne

En Espagne, la pratique de la procréation médicalement assistée post-mortem est encadrée par la loi n°14 du 26 mai 2006 sur les techniques de reproduction humaine assistée¹⁶².

Selon cette loi, toute femme majeure et en pleine capacité peut avoir accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation, peu importe son orientation sexuelle ou son statut matrimonial. Ainsi, les femmes célibataires et les couples de femmes homosexuelles peuvent bénéficier de ces services^{163 164}.

La loi espagnole régleme la conservation des spermatozoïdes, limitant cette conservation à la durée de vie de l'homme donneur. Cependant, elle ouvre implicitement la possibilité de la procréation post-mortem en établissant qu'il n'y a pas de lien de filiation entre l'enfant et le conjoint décédé si ses spermatozoïdes ne sont pas déjà implantés dans l'utérus de la femme au moment de son décès.

Cette législation offre cependant à tout homme la possibilité d'exprimer dans un document tel qu'un testament, un acte authentique ou des directives anticipées son souhait que ses spermatozoïdes soient utilisés après son décès pour concevoir un enfant avec sa conjointe. Le lien de filiation est alors établi si cette procédure a lieu dans l'année suivant le décès, alors qu'auparavant, dans la loi de 1988¹⁶⁵, cette reconnaissance était conditionnée à une intervention dans les six mois suivant le décès du conjoint.

En ce qui concerne le transfert d'embryons post-mortem, la loi suppose le consentement de l'homme si la femme avait déjà suivi le traitement nécessaire avant le décès de son conjoint.

La législation encadre rigoureusement la période autorisée pour la procréation post-mortem. En général, les spermatozoïdes ne sont pas conservés après le décès, à moins que l'homme n'ait expressément donné son accord contraire. En revanche, les embryons peuvent être conservés aussi longtemps que la femme est physiologiquement capable de les recevoir. De plus, la cryoconservation des embryons nécessite un renouvellement explicite de l'accord du couple ou de la femme seule en cas de décès de son conjoint, tous les deux ans^{166 167}.

L'Espagne est devenue une référence en Europe dans le domaine de la PMA grâce à son cadre législatif très flexible. C'est pourquoi son autorisation pour la procréation post-mortem attire de nombreux étrangers, en particulier les Français¹⁶⁸.

¹⁶² Loi 14/2006 du 26 mai 2006 sur les techniques de procréation humaine assistée, 28 mai 2006, disponible sur <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292&p=20150714&tn=0>.

¹⁶³ *Ibid.*, art. 6.

¹⁶⁴ SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *op. cit.*

¹⁶⁵ Loi 35/1988 du 22 novembre 1988 sur les techniques de procréation assistée, 14 décembre 1988.

¹⁶⁶ Loi 14/2006 du 26 mai 2006 sur les techniques de procréation humaine assistée, *op. cit.*, art. 9.

¹⁶⁷ SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *op. cit.*

¹⁶⁸ M.-H. BALLESTERO, « PMA : pourquoi l'Espagne reste une destination privilégiée par de nombreuses femmes », *Franceinfo*, 26 mai 2022, disponible sur <https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/en-direct-du->

5.2 Royaume-Uni

Les principes fondamentaux de l'assistance médicale à la procréation au Royaume-Uni sont établis par la loi de 1990 sur la fécondation et l'embryologie humaine¹⁶⁹. Elle fut révisée en janvier 2004 et soumise à consultation publique en 2005. En octobre 2008, les discussions parlementaires ont pris fin et la loi de 2008 sur la fécondation et l'embryologie humaine fut adoptée¹⁷⁰.

La loi de 1990 sur la fécondation et l'embryologie humaine ne spécifie pas explicitement les bénéficiaires de l'assistance médicale à la procréation, mais l'Autorité pour la fécondation et l'embryologie humaine est créée pour gérer son application. Les codes de bonnes pratiques de cette agence incluent l'affirmation qu'un patient qui sollicite une assistance médicale à la procréation bénéficie d'une présomption favorable¹⁷¹. C'est donc non seulement aux couples hétérosexuels, mariés ou non, qu'est ouvert l'accès à cette assistance, mais aussi aux femmes seules et aux couples homosexuels féminins.

Cependant, la législation met en évidence l'importance du bien-être de l'enfant à naître, incluant son besoin d'un père. Selon un guide de l'Autorité, les établissements agréés doivent évaluer la capacité de la future mère ou d'autres membres de son entourage familial ou social à répondre aux besoins de l'enfant¹⁷².

L'orientation sexuelle du couple n'est pas définie dans la loi de 2008. Elle corrige aussi la loi de 1990 en substituant à l'article 13 de la loi la mention "*au besoin de l'enfant à naître d'avoir un père*" par "*le besoin de l'enfant de bénéficier d'une éducation parentale qui l'aide à grandir*"¹⁷³.

L'insémination et le transfert d'embryons post-mortem étaient explicitement autorisés par la loi initiale, mais la question de la filiation paternelle des enfants issus de ces pratiques n'était pas abordée¹⁷⁴.

Les dispositions de la loi de 1990 sur la procréation médicalement assistée post-mortem ne sont pas modifiées par la loi de 2003¹⁷⁵. Toutefois, elle permet l'inclusion de données concernant le conjoint de la mère dans le registre de l'état civil et sur le certificat de naissance de l'enfant. On peut indiquer le nom, le prénom, l'activité professionnelle et le lieu de naissance

monde/pma-pourquoi-l-espagne-reste-une-destination-privilegiee-par-de-nombreuses-femmes_5132665.html (Consulté le 14 mai 2024).

¹⁶⁹ Loi de 1990 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, *op. cit.*

¹⁷⁰ Loi de 2008 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, 13 novembre 2008, disponible sur <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/contents>.

¹⁷¹ HFEA, « HFEA: UK fertility regulator », *Human Fertilisation & Embryology Authority (HFEA)*, s.d., disponible sur <https://www.hfea.gov.uk/> (Consulté le 14 mai 2024).

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ Loi de 1990 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, *op. cit.*, art. 13.

¹⁷⁴ SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *op. cit.*

¹⁷⁵ Loi de 2003 relative à la procréation médicalement assistée post-mortem, 1 décembre 2003, disponible sur <https://www.legislation.gov.uk/uk-pga/2003/24#:~:text=2003%20CHAPTER%2024,death%3B%20and%20for%20connected%20purposes>.

de l'intéressé. Il en est de même lorsque la conception est le résultat du transfert d'embryons issus du sperme d'un donneur.

Il est nécessaire que l'homme ait donné son consentement écrit à la conception post-mortem et qu'il soit reconnu comme le père de l'enfant pour que l'inscription soit valide. En outre, il est nécessaire qu'il ait donné son accord pour la levée du secret médical concernant la méthode d'assistance à la procréation médicalement assistée utilisée. En plus, la mère est tenue de fournir une déclaration écrite dans les quarante-deux jours suivant la naissance de l'enfant ou vingt et un jour en Écosse, indiquant son souhait que le nom du père soit enregistré, ainsi qu'un certificat médical décrivant le traitement qu'elle a suivi.

Cependant, la loi de 2003 n'attribue pas de conséquences juridiques à l'inscription du nom du conjoint sur le registre de l'état civil, que ce soit en termes de filiation ou de succession. Cette inscription revêt principalement une valeur symbolique. Il est donc nécessaire d'établir la filiation paternelle des enfants nés par procréation post-mortem par décision judiciaire.

Ces dispositions sont maintenues par la loi de 2008 qui aborde aussi le transfert d'embryons post-mortem au sein des couples homosexuels féminins, en les assimilant aux couples hétérosexuels qui font appel à un don de sperme. Elle restreint la durée de la procréation post-mortem selon les durées de cryoconservation des gamètes et des embryons, qui sont actuellement fixées à dix et cinq ans respectivement, même si la loi de 2008 prévoit de prolonger cette période à dix ans pour les embryons^{176 177}.

5.3 *Pays-Bas*

La loi du 20 juin 2002¹⁷⁸, principalement destinée à réguler la recherche sur l'embryon, ne donne que peu de directives précises sur l'aide médicale à la procréation. Elle stipule cependant que les établissements autorisés à exercer cette activité doivent avoir un protocole à cet effet.

D'autres lois complètent les lacunes de cette loi, qui abordent des thèmes divers tels que l'égalité de traitement entre hommes et femmes, les prestations médicales spécifiques, la fécondation in vitro, etc. En outre, les recommandations de l'Association néerlandaise d'obstétrique et de gynécologie jouent également un rôle dans la régulation de ces questions non couvertes par la loi^{179 180}.

¹⁷⁶ Loi de 2008 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, *op. cit.*

¹⁷⁷ SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *op. cit.*

¹⁷⁸ Loi du 20 juin 2002 sur les embryons, disponible sur <https://wetten.overheid.nl/BWBR0013797/2021-07-01>.

¹⁷⁹ NVOG, « Lignes directrices – NVOG », s.d., disponible sur <https://www.nvog.nl/kwaliteitsdocumenten/richtlijnen/> (Consulté le 15 mai 2024).

¹⁸⁰ FEDERATIE MEDISCH SPECIALISTEN, « Base de données des lignes directrices », s.d., disponible sur <https://richtlijndatabase.nl/?query=&specialism=34&sort=1> (Consulté le 15 mai 2024).

Toute discrimination de la part des prestataires de soins est interdite par la loi du 2 mars 1994 sur l'égalité de traitement¹⁸¹. Il n'est donc pas possible que l'état civil ou l'orientation sexuelle soient des critères qui restreignent l'accès à l'aide médicale à la procréation.

La Commission pour l'égalité des droits, responsable de la mise en œuvre de cette loi, a réalisé en 2000 une enquête sur l'accès à l'aide médicale à la naissance¹⁸². Parmi les treize établissements autorisés à fournir ces services à l'époque, huit refusaient de prendre en charge les femmes seules et quatre faisaient preuve de discrimination, directe ou indirecte, envers les couples homosexuels. La Commission a dénoncé ces pratiques discriminatoires.

Les pratiques de procréation post-mortem ne sont pas explicitement interdites par la loi sur l'embryon. Selon elle, il est obligatoire de détruire les gamètes d'une personne dès que l'établissement chargé de leur conservation apprend la mort de celle-ci, à moins que celle-ci n'ait explicitement consenti par écrit à une utilisation posthume. Les embryons sont soumis aux mêmes dispositions.

Toutefois, la législation permet aux centres d'assistance médicale à la procréation de choisir s'ils pratiquent ou non les inséminations ou les transferts d'embryons avant la mort. Il est nécessaire que chaque établissement spécifie cette politique dans son protocole. Par exemple, les opérations ne sont pas réalisées par le centre d'assistance médicale à la procréation de l'université libre d'Amsterdam. Dans cette situation, les embryons sont envoyés à un établissement qui propose ces services.

Le règlement de la CBO¹⁸³ comprend une section consacrée à la procréation après la mort. Les associations professionnelles de médecins ont fondé la CBO en 1979 dans le but d'améliorer les soins et la gestion des établissements de santé.

Selon les auteurs de ce règlement, le conjoint survivant, accompagné d'un thérapeute spécialisé dans le deuil, doit prendre le temps de réfléchir longuement, en mettant en avant l'intérêt de l'enfant à naître, et respecter un délai de réflexion de deux ans avant de prendre une décision définitive. Le transfert d'embryons post-mortem chez une mère porteuse est actuellement non souhaitable par le règlement si la femme est décédée et si l'homme veut poursuivre le projet parental précédemment envisagé.

La durée de conservation maximale des gamètes et des embryons définit la période de possibilité de procréation post-mortem. La durée de cette période est déterminée par la convention signée entre les établissements de santé et les patients, en accord avec les dispositions du

¹⁸¹ Loi du 2 mars 1994 sur l'égalité de traitement, disponible sur <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006502/2020-01-01>.

¹⁸² COMMISSIE GELIJKE BEHANDELING, « Recherche de notre propre initiative : pas de distinction selon l'état civil par les treize institutions de FIV en ce qui concerne les couples homme/femme non mariés ; distinction directe selon l'orientation homosexuelle par trois institutions en excluant les couples lesbiens. | Institut néerlandais des droits de l'homme », 7 février 2000, disponible sur <https://publicaties.mensenrechten.nl/publicatie/5c1c6814-6fe9-4b07-be0e-536cf7608121> (Consulté le 15 mai 2024).

¹⁸³ Règlement sur la loi modèle sur les embryons, disponible sur <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/08/Modelreglement-Embryowet-NVOG-en-KLEM-definitief-augustus-2018.pdf>.

protocole sanitaire. Cette période est généralement de deux ans, mais peut aller jusqu'à cinq ans¹⁸⁴.

La reconnaissance de la paternité peut être établie par voie judiciaire en cas de procréation post-mortem. Un homme, même mort peut être légalement considéré comme le père s'il avait donné son consentement à un acte qui a permis la conception alors qu'il était le conjoint de la mère.

La question de l'insémination et du transfert d'embryons post-mortem a été étudiée en détail lors de l'évaluation de la loi sur l'embryon en 2006¹⁸⁵. Il a été observé par les experts que cette mesure était rarement mise en place et ne posait que peu de difficultés, contrairement aux demandes croissantes de patients en fin de vie. Dans ces situations, les experts abordent chaque situation de manière individuelle, en se référant fréquemment à la commission éthique de leur institution. Toutefois, ils soulignent l'importance d'avoir des directives générales à ce sujet¹⁸⁶.

5.4 Grèce

L'objectif de la loi grecque est d'assurer le bien-être des enfants nés à l'aide de méthodes de procréation assistée. Ces traitements ont été régulés par une première loi en 2002¹⁸⁷, puis par une seconde plus précise en 2005¹⁸⁸.

Le cadre légal grec permet la reproduction assistée pour les couples cohabitants, les couples mariés et les femmes célibataires, y compris celles s'identifiant comme homosexuelles, sous réserve que la personne bénéficiaire soit en âge de procréer. Cependant, il est nécessaire d'avoir un acte notarié pour accéder à l'aide médicale à la procréation pour les couples non mariés ou les femmes célibataires.

Après la mort du conjoint ou du partenaire, la procréation médicalement assistée est autorisée selon des conditions strictes: le conjoint ou le partenaire doit avoir été atteint d'une maladie pouvant compromettre sa fertilité ou sa vie, et il doit avoir donné son consentement notarié pour une fécondation post-mortem. On peut procéder à cette fécondation entre six mois et deux ans après la mort du conjoint¹⁸⁹.

L'utilisation du sperme congelé du conjoint décédé entraîne l'application de l'article 1465, alinéa 2 du Code civil¹⁹⁰, qui élargit la présomption de paternité. L'enfant né de

¹⁸⁴ *Ibid.*, pp. 32-34.

¹⁸⁵ W. en S. MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, « Evaluatie Embryowet - Publicatie - Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek », 1 janvier 2006, disponible sur <https://www.ccmo.nl/publicaties/publicaties/2006/01/01/evaluatie-embryowet> (Consulté le 15 mai 2024).

¹⁸⁶ SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *op. cit.*

¹⁸⁷ Loi 3089/2002 sur l'assistance médicale en matière de reproduction humaine, disponible sur https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/tekhnete-gonimopoiese/n-3089-2002.html#google_vignette.

¹⁸⁸ Loi 3305/2005 sur l'application des méthodes de procréation médicalement assistée, disponible sur <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/164338/nomos-3305-2005>.

¹⁸⁹ IVF ATHENS CENTER, « Règlement - Centre de FIV d' Athènes, clinique de fertilité en Grèce », s.d., disponible sur <https://www.ivfathenscenter.gr/fr/reglement/> (Consulté le 15 mai 2024).

¹⁹⁰ Άρθρο 1465 - Αστικός Κώδικας - Τεκμήριο καταγωγής από γάμο, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/18825> (Consulté le 16 mai 2024).

la PMA post-mortem est considéré comme issu du mariage si les parents étaient mariés, à condition d'avoir reçu une autorisation judiciaire préalable conformément à l'article 1457 du Code civil¹⁹¹. Si elle est mariée, la mère biologique est considérée comme telle. En ce qui concerne la paternité, l'enfant est considéré comme étant reconnu par l'homme qui vit avec sa mère, à condition de recevoir cette autorisation judiciaire.

Quant à la succession, l'enfant né d'une PMA post-mortem hérite de son père, la succession s'ouvrant à la mort de celui-ci, conformément à l'article 1711 du Code civil¹⁹².

Selon l'article 1924, alinéa 1^{er} du Code civil, si le testateur a nommé son enfant à naître par PMA post-mortem comme héritier, cet enfant devient alors l'héritier du défunt¹⁹³ ¹⁹⁴.

5.5 Portugal

La législation portugaise permettait jusqu'alors le transfert d'embryons après la mort, mais pas l'insémination des gamètes après le décès d'un partenaire¹⁹⁵.

La loi n°72/2021 du 12 novembre¹⁹⁶ a modifié la loi n°32/2006 du 26 juillet¹⁹⁷ afin de permettre l'utilisation de la procréation médicalement assistée par insémination après le consentement explicite du défunt compagnon.

Le consentement explicite est nécessaire pour autoriser l'insémination post-mortem et les transferts d'embryons post-mortem, en utilisant le sperme du conjoint décédé. Il est permis de procéder à ces méthodes lorsque le partenaire a remis son sperme avant sa mort et qu'il intervient pendant la période de conservation du sperme. Il est essentiel que le donneur donne son consentement par écrit ou par enregistrement une fois qu'il a été informé des conséquences juridiques de l'insémination post-mortem. Si cette documentation n'est pas présente, le médecin responsable peut prouver l'existence du consentement. Le sperme collecté est détruit si le donneur meurt pendant la période de conservation sans avoir accepté l'insémination post-mortem¹⁹⁸.

¹⁹¹ Άρθρο 1457 - Αστικός Κώδικας, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/21920> (Consulté le 16 mai 2024).

¹⁹² Άρθρο 1711 - Αστικός Κώδικας, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/19007> (Consulté le 16 mai 2024).

¹⁹³ Άρθρο 1924 - Αστικός Κώδικας, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/19218> (Consulté le 16 mai 2024).

¹⁹⁴ P. AGALLOPOULOU, « Les procréations médicalement assistées selon le droit hellénique », in O. ROY (éd.), *Réflexions sur le pluralisme familial*, Sciences juridiques et politiques, Nanterre, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2011, pp. 65-80, disponible sur <https://books.openedition.org/pupo/679> (Consulté le 16 mai 2024).

¹⁹⁵ C. DONINELLI, « Procréation post mortem ou la vie après la vie | Universitas | Université de Fribourg », *op. cit.*

¹⁹⁶ Loi n°72/2021 du 12 novembre qui autorise le recours aux techniques de procréation médicalement assistée par insémination avec du sperme après le décès du donneur, en cas de consentement parental exprès, modifiant la loi n°32/2006 du 26 juillet, disponible sur <https://files.dre.pt/1s/2021/11/22000/0000300005.pdf>.

¹⁹⁷ Loi n°32/2006 du 26 juillet sur la procréation médicalement assistée, disponible sur <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/32-2006-539239>.

¹⁹⁸ E. MARIN, « Portugal: New Law Allows Medically Assisted Procreation Through Postmortem Insemination », *Library of Congress, Washington, D.C. 20540 USA*, s.d., disponible sur <https://www.loc.gov/item/global->

En plus du consentement obtenu, la conjointe du donneur souhaitant une insémination post-mortem doit prendre un délai de réflexion d'au moins six mois avant de prendre une décision. Il est possible de faire des exceptions pour des raisons médicales graves, attestées par le médecin responsable. Les procédures doivent commencer dans les trois ans suivant le décès du conjoint. Par ailleurs, les femmes ne peuvent effectuer que trois inséminations, conformément aux restrictions des centres publics de PMA.

L'insémination ou l'implantation post-mortem ne peuvent entraîner qu'une seule grossesse viable. Il est nécessaire de mettre à disposition un soutien psychologique afin d'assister les femmes qui envisagent cette procédure, ainsi que pendant et après son déroulement.

La procréation médicalement assistée est désormais accessible pour les couples homosexuels féminins et les femmes seules¹⁹⁹.

Conformément à la loi n°72/2021, l'enfant issu de la grossesse est considéré comme l'enfant du défunt.

De plus, l'article 2033 du Code civil²⁰⁰ a également été modifié par la loi n°72/2021 afin d'inclure les enfants nés par insémination post-mortem dans les successions. Désormais, cet article prévoit que toutes les personnes nées ou conçues au moment de l'ouverture de la succession, ainsi que celles conçues par insémination post-mortem selon la loi, sont héritières, sauf disposition contraire de la loi. En outre, l'article 2046²⁰¹ stipule que si le consentement à l'insémination post-mortem est accordé conformément à la loi, l'héritage du défunt est conservé pendant trois ans après sa mort, prolongée jusqu'à la naissance et la survie de l'enfant à naître si les procédures d'insémination autorisées par la loi sont en cours^{202 203}.

5.6 Points de convergence et de divergence entre ces pays et la Belgique

Chacun de ces pays offre la possibilité de procréation médicalement assistée aux couples homosexuels, mariés ou non, aux femmes homosexuelles ou seules. Cependant, en Grèce, les couples non mariés ou les femmes célibataires doivent avoir un acte notarié pour pouvoir bénéficier de la PMA. De plus, il est nécessaire que le conjoint ou le partenaire ait été atteint d'une maladie qui pourrait mettre en danger sa vie ou sa fertilité pour avoir accès à la PMA post-mortem.

legal-monitor/2021-12-13/portugal-new-law-allows-medically-assisted-procreation-through-postmortem-insemination/ (Consulté le 16 mai 2024).

¹⁹⁹ C. MALLAVAL, « Le Portugal ouvre la GPA à certaines et la PMA à toutes », *Libération*, s.d., disponible sur https://www.liberation.fr/planete/2016/05/13/le-portugal-ouvre-la-gpa-a-certaines-et-la-pma-a-toutes_1452485/ (Consulté le 16 mai 2024).

²⁰⁰ Code civil portugais - Décret/loi n°47344, art. 2033, disponible sur <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075>.

²⁰¹ *Ibid.*, art. 2046.

²⁰² E. MARIN, « Portugal », *op. cit.*

²⁰³ CNPMA, « cidadãos », s.d., disponible sur <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/faqs.aspx> (Consulté le 15 mai 2024).

Après avoir examiné la législation de tous ces pays, il est évident que le consentement explicite du conjoint de la future mère est indispensable pour la procréation post-mortem. Que ce consentement soit formalisé par une convention entre le centre de PMA et le défunt, un testament ou un acte authentique, il est nécessaire de rédiger un écrit. Sans cet accord, cette pratique ne peut être réalisée.

En ce qui concerne le délai, il varie légèrement d'un pays à un autre. La PMA post-mortem est permise en Belgique entre 6 mois et 5 ans après le décès. En Espagne, les spermatozoïdes ne sont généralement pas conservés après le décès à moins d'un accord explicite, mais les embryons peuvent être préservés tant que la femme est apte à les recevoir. Au Royaume-Uni, la durée est limitée par la cryoconservation des gamètes et des embryons, fixée à dix et cinq ans respectivement, bien que la loi de 2008²⁰⁴ permette de prolonger cette période à dix ans pour les embryons. Aux Pays-Bas, un délai de réflexion de deux ans est imposé avant toute décision définitive. La durée maximale de conservation des gamètes et des embryons, déterminée par une convention entre les établissements de santé et les patients, est généralement de deux ans mais peut aller jusqu'à cinq ans. Au Portugal, la conjointe doit observer un délai de réflexion d'au moins six mois. Les procédures doivent commencer dans les trois ans suivant le décès du conjoint. En Grèce, cette pratique peut être réalisée entre six mois et deux ans après la mort du partenaire.

Quant à la filiation, la loi belge ne la règle pas. Pour l'Espagne, elle est établie si la procréation post-mortem a lieu dans l'année suivant le décès. Pour le Royaume-Uni et les Pays-Bas, la reconnaissance de paternité est établie par décision judiciaire. Les législations grecque et portugaise élargissent la présomption de paternité pour les cas de PMA post-mortem. L'enfant issu de la grossesse est considéré comme l'enfant du défunt. En Grèce, l'enfant né hérite de son père, la succession s'ouvrant à la mort de celui-ci. Pour le Portugal, les enfants nés par insémination post-mortem sont inclus dans les successions.

5.7 Interdictions et controverses dans d'autres pays

À l'échelle européenne, le manque de consensus entre les États membres sur la définition scientifique et juridique du début de la vie, laissant à chaque État le soin de déterminer le point de départ du droit à la vie, selon la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), a empêché la mise en place d'une disposition commune sur le transfert d'embryons post-mortem²⁰⁵.

La France fait partie d'un des nombreux pays européens à avoir strictement interdit la pratique de la PMA post-mortem. Cette interdiction a entraîné de nombreuses poursuites judiciaires.

²⁰⁴ Loi de 2008 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, *op. cit.*

²⁰⁵ K. PARIZER-KRIEF, « Réflexions autour de la révision de la loi bioéthique dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation - Une rupture du cadre conceptuel ? », *médecine/sciences*, avril 2019, vol. 35, n° 4, pp. 356-363.

Il a été envisagé de l'autoriser lors des révisions législatives précédentes et elle a été soutenue à plusieurs reprises dans plusieurs avis du Comité Consultatif National d'Éthique^{206 207 208}.

Les opposants à cette pratique estiment que faire naître un enfant dont le père est décédé équivaut à le rendre orphelin.

Dans la plupart des cas, explique Catherine Guillemain, chef de service en biologie de la reproduction et présidente de la fédération des CECOS²⁰⁹, les femmes dont le mari est décédé d'un cancer réclament les spermatozoïdes qu'il avait conservés pendant sa maladie²¹⁰. La majorité de ces femmes envisagent de transférer les gamètes congelés de leur défunt conjoint vers des pays où la PMA post-mortem est autorisée afin de se faire inséminer.

Mariana Gonzalez-Gomez, une Espagnole de 31 ans vivant en France, souhaitait utiliser le sperme congelé de son mari décédé pour devenir mère de son enfant. Nicolas Turri, un Italien, s'était installé à Paris avec Mariana en 2013 et avait congelé son sperme avant de mourir d'un cancer deux ans plus tard, afin d'éviter la stérilité due à son traitement. Malgré l'interdiction française de l'insémination post-mortem, Mariana a voulu transférer les gamètes de Nicolas en Espagne, où l'insémination est possible dans l'année suivant le décès si les volontés sont exprimées par testament. Après un refus du tribunal administratif de Paris de transférer les gamètes, elle a saisi le Conseil d'État et a finalement obtenu gain de cause²¹¹ en raison de circonstances exceptionnelles et du fait qu'elle avait décidé de retourner vivre auprès de sa famille en Espagne^{212 213 214}.

Cependant, malgré de nombreuses demandes, le transfert de spermatozoïdes ou d'embryons n'est pas toujours accepté, comme cela a été le cas pour l'affaire *Baret et Caballero c. France*²¹⁵.

²⁰⁶ Avis n°40 sur le transfert d'embryons après décès du conjoint (ou du concubin), Comité Consultatif National d'Éthique, 17 décembre 1993, disponible sur <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis040.pdf>.

²⁰⁷ Avis n°60 Réexamen des lois de bioéthique, Comité Consultatif National d'Éthique, 25 juin 1998, disponible sur <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis060.pdf>.

²⁰⁸ K. PARIZER-KRIEF, « Réflexions autour de la révision de la loi bioéthique dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation - Une rupture du cadre conceptuel ? », *op. cit.*

²⁰⁹ Centre d'Études et de Conservation des Œufs et du Sperme.

²¹⁰ M. SERVANT, « Pourra-t-on bientôt devenir parent malgré sa mort ? », *op. cit.*

²¹¹ Conseil d'État, *Conseil d'État, Assemblée, 31/05/2016, 396848, Publié au recueil Lebon*, 31 mai 2016, 396848, *Publié au recueil Lebon*, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000032617454/> (Consulté le 1 décembre 2023).

²¹² S. LORENZO, « Mariana Gonzalez-Gomez, la femme qui veut un enfant de son mari décédé », *Le HuffPost*, 27 mai 2016, disponible sur https://www.huffingtonpost.fr/life/article/mariana-gonzalez-gomez-la-femme-qui-veut-une-pma-avec-le-sperme-congele-de-son-mari-decede_78147.html (Consulté le 18 mai 2024).

²¹³ M. HELLIO, « Affaire Mariana : 3 questions sur l'insémination post-mortem », *Le Nouvel Obs*, 27 mai 2016, disponible sur <https://www.nouvelobs.com/societe/20160527.OBS1381/affaire-mariana-3-questions-sur-l-insemination-post-mortem.html> (Consulté le 18 mai 2024).

²¹⁴ FRANCEINFO, « VIDEO. Le Conseil d'Etat donne une "lueur d'espoir" à une Espagnole désireuse d'avoir un enfant de son mari mort », *Franceinfo*, 28 avril 2016, disponible sur https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/insemination-post-mortem-le-combat-de-mariana-gomez-tur_1426703.html (Consulté le 18 mai 2024).

²¹⁵ ECtHR, *Baret Et Caballero c. France*, 14 septembre 2023, 22296/20, 37138/20, disponible sur <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-226475> (Consulté le 18 mai 2024).

Deux femmes veuves ont porté leur cas devant la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) pour contester l'interdiction de la PMA post-mortem en France, ainsi que le refus d'exporter des gamètes ou des embryons congelés vers des pays où cette pratique est autorisée.

Dans les deux affaires présentées devant la Cour, l'une des femmes demandait le transfert de ses embryons congelés, conçus avec le sperme de son mari décédé, tandis que l'autre demandait l'exportation du sperme congelé de son compagnon également décédé. Les centres de conservation ont rejeté la demande d'exportation dans les deux cas²¹⁶.

Selon les juges, les demandes d'exportation cherchaient à contourner la législation française, car les deux femmes, toutes deux de nationalité française, n'avaient aucun lien avec l'Espagne et n'évoquaient aucune circonstance spécifique justifiant que l'interdiction porte atteinte à leur droit au respect de la vie privée, protégé par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme^{217 218}.

²¹⁶ ALLIANCE VITA, « PMA post mortem, exportation de gamètes et d'embryons », 22 septembre 2023, disponible sur <https://www.alliancevita.org/2023/09/gametes-embryon-pma-post-mortem-cedh/> (Consulté le 18 mai 2024).

²¹⁷ Convention européenne des droits de l'homme, *op. cit.*, art. 8.

²¹⁸ M. MESNIL, « La CEDH sonne le glas de l'interdiction de la procréation post mortem - Civil | Dalloz Actualité », *op. cit.*

6 CRITIQUES ET LIMITES DE LA PMA POST-MORTEM

Comme mentionné à plusieurs reprises dans ce travail, cette pratique est loin de faire l'unanimité et suscite de nombreuses inquiétudes parmi ses opposants. Les travaux parlementaires belges et ceux du Comité consultatif de Bioéthique ont mis en lumière plusieurs préoccupations qui restent sans réponse à ce jour.

6.1 Intérêt de l'enfant

Le développement psychologique de l'enfant est l'un des sujets les plus fréquemment abordés. La grossesse est essentielle pour établir un lien parent-enfant, et certains pensent que le souhait d'avoir un enfant d'un partenaire décédé peut être en contradiction avec l'intérêt de l'enfant. Selon eux, une telle procréation, même si elle est peut être surmontée dans certaines situations, pourrait engendrer des problèmes pour l'enfant²¹⁹.

D'un point de vue psychologique, une insémination post-mortem peut susciter des interrogations à la fois pour la veuve et pour l'enfant, qui apprend qu'il a été conçu peu après la mort de son père²²⁰.

De nombreux experts se sont demandé: *"Quel est le deuil qui ne cherche à se résoudre dans un premier temps par une réparation, un remplacement et par ce qui est en fait une illusion bien humaine? Devons-nous y répondre en tant que médecins? Peut-on soumettre un enfant à ce type d'attente réparatoire?"*²²¹.

Les mécanismes bien établis de la psychologie du deuil nécessitent une grande prudence. Le partenaire survivant se sent parfois redevable après la mort de son conjoint et pourrait réaliser ce qu'il croit être le désir du défunt. L'autonomie de l'enfant est menacée, s'il est considéré comme un "enfant-souvenir" ou un substitut symbolique du défunt²²².

En effet, l'expérience démontre que de nombreuses veuves ont demandé une implantation post-mortem peu de temps après le décès de leur partenaire. Lorsque les médecins les ont encouragées à réfléchir plus calmement, beaucoup ont finalement renoncé à cette démarche²²³.

Certains estiment que l'accès à la PMA ne devrait être autorisé que dans le cadre d'un projet parental commun. La mort met fin définitivement à toute intention de conception "intraconjugale" car le couple n'est plus présent²²⁴.

²¹⁹ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 7 juin 2006, n° 3-1440/9, p. 65.

²²⁰ *Ibid.*, pp. 96 et 97.

²²¹ Rapport fait au nom du Groupe de travail « bioéthique » par Mme C. Nyssens, n° 3-418/2, *op. cit.*, pp. 21 et 22.

²²² Avis n°28 du 21 juin 2004 relatif à la procréation après le décès du/de la partenaire, *op. cit.*, p. 5.

²²³ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, n° 3-1440/1, *op. cit.*, p. 9.

²²⁴ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 15 mars 2006, n° 3-1440/4, p. 2.

6.2 *Filiation et succession*

Une autre faiblesse de la législation réside dans les changements qu'elle apporte sur les questions de filiation. Outre l'absence d'accord sur cette pratique, la législation belge reste floue en ce qui concerne la filiation et la succession. Ce manque de clarté juridique entraîne diverses difficultés qui restent irrésolues à ce jour²²⁵.

L'enfant qui va naître peut-il hériter de son père défunt? Est-il nécessaire pour les autres héritiers d'attendre la naissance de l'enfant post-mortem afin de recevoir leur part d'héritage? Le lien familial entre l'enfant et l'homme décédé sera-t-il reconnu? Comment se décide l'attribution du nom de famille pour l'enfant à naître? Toutes ces interrogations subsistent²²⁶.

Le père biologique de l'enfant sera effectivement identifié, mais il ne pourra pas être juridiquement reconnu comme tel dans le cadre de la législation actuelle²²⁷.

L'article 315 de l'ancien Code civil indique que le mari est présumé être le père de l'enfant né durant le mariage ou dans les 300 jours suivant la fin du mariage par dissolution ou annulation²²⁸.

Il est donc incorrect de dire qu'aucune règle juridique ne traite de ce problème. Cependant, il faut reconnaître que cette situation crée une discrimination entre les enfants nés dans les 300 jours suivant la dissolution du mariage par décès de l'un des conjoints, qui bénéficient immédiatement des liens de filiation et des avantages patrimoniaux, et ceux nés après cette période, auxquels l'article 315 du Code civil ne s'applique pas. Conformément à la loi du 6 juillet 2007 qui impose un délai d'attente de six mois, ce cas se produira presque systématiquement, même en cas de naissance prématurée de l'enfant²²⁹.

Les articles 4.1 et 4.2 du Code civil disposent que les successions s'ouvrent au moment du décès et que les héritiers peuvent prétendre à la succession selon la loi ou selon la volonté du défunt. Un héritier acquiert ce statut en acceptant la succession²³⁰.

Les conditions requises pour hériter sont l'existence et la survie. Pour être éligible à la succession, il faut être en vie au moment de son ouverture. Ainsi, les enfants non encore conçus et ceux qui ne naissent pas viables ne peuvent pas hériter. De plus, il faut survivre au défunt pour être considéré comme héritier²³¹.

Lors des débats parlementaires, deux groupes ont exprimé des opinions divergentes sur la question de l'héritage.

²²⁵ Rapport fait au nom du Groupe de travail « bioéthique » par Mme C. Nyssens, n° 3-418/2, *op. cit.*, p. 22.

²²⁶ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, n° 3-1440/9, *op. cit.*, p. 97.

²²⁷ *Ibid.*, p. 111.

²²⁸ Ancien Code civil, *M.B.*, 21 mars 1804, art. 315, disponible sur <http://www.droitbelge.be/codes.asp#civ>.

²²⁹ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, n° 3-1440/9, *op. cit.*, p. 111.

²³⁰ Code civil, *M.B.*, 1 novembre 2020, art. 4.1 et 4.2, disponible sur <http://www.droitbelge.be/codes.asp#civ>.

²³¹ *Ibid.*, art. 4.4 et 4.5.

Certains membres suggèrent que les enfants nés à partir des gamètes ou des embryons du défunt soient éligibles comme héritiers légaux, à condition que ces gamètes ou embryons soient utilisés dans les cinq ans suivant le décès. Ainsi, la période d'héritage serait donc restreinte à cinq ans et neuf mois au maximum.

Cependant, d'autres membres ne sont pas convaincus que les enfants devraient automatiquement hériter et soutiennent qu'il ne devrait pas y avoir de délai fixé pour la procréation post-mortem²³².

En pratique, la première solution semble assez complexe à mettre en œuvre dans la réalité, car la loi du 6 juillet 2007²³³ ne prévoit rien à ce sujet, ce qui nous ramène au droit civil.

D'un point de vue biologique, l'enfant à naître est le fils du défunt père, mais légalement, aucun lien n'est établi. En ce qui concerne la succession, l'enfant ne serait pas considéré comme l'héritier de son père décédé, mais uniquement celui de sa mère.

Il est surprenant que notre législateur n'ait pas envisagé de dispositions concernant ces deux questions qui semblent à première vue évidentes à réglementer, étant donné l'importance des conséquences qui en découlent. Cependant, cela impliquerait de modifier toutes les dispositions relatives à la filiation et à la succession dans le Code civil, ce qui ne semble pas être à l'ordre du jour.

6.3 Modification de la convention après le décès du conjoint

Comme mentionné précédemment, une convention doit être signée dans le cadre d'un projet de PMA, et celle-ci peut être modifiée par les auteurs du projet parental. Mais que se passe-t-il si l'un des auteurs décède et que le conjoint survivant décide de changer d'avis quant à l'utilisation des embryons cryoconservés?

La loi prévoit la destination des embryons surnuméraires en cas de divergence d'opinion ultérieure entre les partenaires, de divorce ou de séparation, de décès ou de fin de la période de conservation. Cependant, elle n'aborde pas la situation d'une modification post-mortem du sort de ces embryons.

Conformément à la loi du 6 juillet 2007, si les auteurs du projet parental ne parviennent pas à un accord sur l'utilisation des embryons surnuméraires après la signature de la convention, le centre de fécondation se basera sur les dernières instructions communément approuvées par les deux parties²³⁴.

Dans l'avis n°19 de 2002 du Comité consultatif de Bioéthique, de nombreux points de vue ont émergé concernant cette question.

²³² Avis n°28 du 21 juin 2004 relatif à la procréation après le décès du/de la partenaire, *op. cit.*, p. 7.

²³³ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*

²³⁴ *Ibid.*, art. 14, al.2.

Un consensus existe sur la possibilité de changer la destination des embryons, car de nombreuses modifications peuvent survenir pendant le traitement, ce qui peut influencer les décisions des responsables du projet parental concernant le sort des embryons. Toutefois, il existe des désaccords quant à la possibilité de modifier cette destination de manière unilatérale.

Certains pensent que chaque auteur du projet parental peut modifier sa décision concernant les embryons congelés. D'autres pensent que, les embryons étant créés dans le cadre d'un projet commun, toute modification nécessite un accord mutuel entre les auteurs.

Trois positions principales se distinguent:

Le premier groupe soutient que l'accord entre les auteurs du projet parental et le centre de fécondation doit préciser le sort des embryons en cas de séparation ou de désaccord. Parmi eux, certains considèrent que la destruction des embryons est la seule solution possible dans ce cas, tandis que d'autres croient que la destination décidée au préalable dans la convention doit être respectée.

Le second groupe estime que la convention doit inclure une destination pour les embryons dans de tels cas, mais que cette destination peut être modifiée. Si les partenaires parviennent à un nouvel accord sur la destination des embryons cryopréservés malgré la fin de leur relation, cette nouvelle décision doit être respectée. En cas de désaccord et si une partie le demande, les cours et les tribunaux doivent trancher.

Enfin, le dernier groupe considère que les accords préalables en cas de séparation n'engagent pas les parties. Lorsque les partenaires sont parvenus à un accord lors de leur séparation, il est impératif de le respecter. Si ce n'est pas le cas, le sort des embryons doit être porté devant un tribunal ou une autre instance qui évaluera les intérêts actuels des deux parties. L'incapacité des partenaires à trouver un accord justifie l'intervention d'une autorité judiciaire²³⁵.

Dans notre situation, le conjoint est décédé et n'est donc plus en mesure de donner son avis ou son accord. Il semble évident que les décisions des groupes deux et trois sont compliquées à mettre en œuvre. Hypothétiquement, en se référant à la décision du premier groupe, il y a deux options: soit la destruction des embryons surnuméraires, soit la prise en compte de la dernière décision commune du couple, telle que déterminée et signée dans la convention.

Le respect de la dernière décision commune du couple, telle qu'indiquée dans la convention, me semble être le choix le plus plausible et réaliste dans ce cas.

6.4 *Discrimination de la loi envers l'homme*

Après avoir examiné la législation belge et celle de plusieurs autres pays européens, il apparaît une différence évidente entre les hommes et les femmes. La plupart des lois prévoient principalement les cas où une femme perd son conjoint, négligeant la situation inverse où un homme perd sa femme.

²³⁵ Avis n°19 du 14 octobre 2002 relatif à la destination des embryons congelés, *op. cit.*, pp. 9 et 10.

Dans l'avis n°28 de 2004, il est brièvement mentionné qu'un homme pourrait perdre sa femme et envisager de faire appel à une mère porteuse, bien que ce type de situation ne se soit jamais produit en pratique en Belgique²³⁶.

Les définitions de la loi du 6 juillet 2007 concernant l'implantation et l'insémination post-mortem, ne font référence qu'au cas où une femme utilise les embryons ou gamètes surnuméraires cryoconservés de son partenaire mis à sa disposition par convention avant de décéder²³⁷.

Dans les travaux préparatoires, un membre a souligné que la signature du père est requise pour empêcher la mère de procéder à une insémination post-mortem sans consentement. Étant donné que la femme pourrait devenir veuve sans que les centres de procréation en soient informés, un consentement écrit du couple est nécessaire avant le début de la procédure²³⁸.

Même si la procréation post-mortem pour un homme ayant perdu sa conjointe semble plus compliquée, toutes ces références montrent que la loi belge et d'autres lois internationales discriminent les hommes.

²³⁶ Avis n°28 du 21 juin 2004 relatif à la procréation après le décès du/de la partenaire, *op. cit.*, p. 3.

²³⁷ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 2, r) et s).

²³⁸ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 8 mars 2006, n° 3-1440/3, p. 4.

7 POSITIONNEMENT DE LA SOCIÉTÉ

Dans le cadre de ce travail, il a été jugé essentiel d'explorer la mise en œuvre de la loi du 6 juillet 2007 dans la pratique réelle. Pour ce faire, des entretiens ont été menés avec deux médecins de centres de procréation médicalement assistée différents, ayant des perspectives et des approches variées. L'objectif était de comprendre au mieux leurs motivations et les raisons les poussant soit à pratiquer la PMA post-mortem, soit à s'en abstenir (annexe 1 et 2).

Comme mentionné précédemment, la décision d'exercer la procréation médicalement assistée post-mortem dépend largement de la volonté des centres médicaux. Conformément à l'article 5, alinéa 1^{er} de la loi de 2007, les médecins ont le droit d'invoquer leur clause de conscience à tout moment²³⁹.

7.1 Centre de PMA ULIège CHR de la Citadelle

Le Centre de procréation médicalement assistée du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle à Liège est l'un des rares en Wallonie à pratiquer la PMA post-mortem.

Une discussion avec le Dr Habran, gynécologue, a permis d'obtenir des explications sur la procédure et la prise en charge de ce type de demande par le centre (annexe 1).

L'équipe du centre a décidé de suivre la loi, qui autorise la procréation médicalement assistée post-mortem, estimant qu'il ne leur revenait pas de refuser une telle demande tant qu'elle était légalement possible. Ils sont donc ouverts à cette idée, mais cela ne signifie pas qu'ils approuveront et réaliseront systématiquement tous les projets.

Lorsqu'un couple envisage une PMA, les membres du projet parental doivent signer une convention stipulant que le centre congèlera leurs embryons, lesquels seront conservés pendant cinq ans. La durée de conservation peut être prolongée de deux ans, mais les frais supplémentaires seront à la charge des patients. Les médecins demandent alors ce qu'ils souhaitent faire de leurs embryons ou gamètes surnuméraires en cas de décès de l'un des partenaires. Ils sont informés de la possibilité légale d'une insémination ou d'un transfert post-mortem. Cependant, le projet doit être validé par le centre, qui a ajouté la mention "*sous accord de notre projet*" dans la convention (annexe 3).

Ce n'est pas parce que le couple a coché la case "insémination post-mortem" ou "implantation post-mortem" que la conjointe survivante est obligée de suivre cette procédure. Cela lui offre une possibilité, mais elle n'est en aucun cas tenue de l'exploiter.

Dans ce centre, quatre patientes ont demandé une procréation post-mortem: trois ont changé d'avis, et une seule a poursuivi le processus jusqu'au bout. Toutes les demandes provenaient de femmes; aucune demande n'a été faite par un homme.

²³⁹ Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *op. cit.*, art. 5, al. 1^{er}.

Si l'on considère le cas d'un homme, cela impliquerait qu'il ait recours à une mère porteuse et que des embryons créés à partir des gamètes de sa défunte conjointe lui soient transférés. La personne portant l'enfant devrait clairement indiquer qu'il ne s'agit pas de son propre enfant et serait contrainte de le remettre, sachant qu'il n'y a plus qu'une seule personne légalement habilitée à reconnaître l'enfant, l'autre étant décédée. Un tel projet, en l'absence d'un cadre légal pour la gestation pour autrui, semble extrêmement complexe dans le contexte actuel.

La jeune femme qui a entamé la PMA post-mortem avait déjà deux enfants avec son défunt mari et souhaitait en avoir un troisième. Elle voulait mener à bien ce projet malgré la mort de son conjoint. Elle est tombée enceinte et a accouché, mais un dilemme est survenu concernant le nom de l'enfant. Elle souhaitait que l'enfant porte le nom de son mari, mais il est difficile de reconnaître un lien de filiation avec quelqu'un qui est décédé.

Le Dr Habran a également expliqué l'importance des psychologues dans ce processus. Une fois par mois, l'équipe du centre organise des commissions pour discuter des cas complexes. Ces commissions incluent trois psychologues, des médecins, des biologistes et des infirmiers. Ils discutent ensemble des projets, y compris ceux de femmes seules, de GPA et de PMA post-mortem. Le psychologue ayant suivi la patiente présente le projet et ses impressions.

Un vote est ensuite organisé: une majorité des membres doit être d'accord pour valider un projet. En cas de désaccord, ils rediscutent pour trouver un consensus.

La jeune femme a initié la PMA post-mortem vers la fin du délai légal de l'époque, qui était de six mois à deux ans. Il a fallu plus d'un an et demi de discussions pour débiter le processus. Pendant cette période, elle a été suivie par un psychiatre externe pour exclure un "deuil pathologique" et par un psychologue tout au long de sa grossesse et après la procédure.

Ce suivi psychologique est extrêmement important dans un processus de PMA. Nous avons également demandé si les auteurs d'un projet parental rencontraient des assistants sociaux. Il nous a été répondu que le centre n'avait pas les moyens nécessaires pour cela, mais que lors de l'entretien avec le psychologue, il est toujours demandé aux patients s'ils ont déjà des enfants et pourquoi ils souhaitent en avoir davantage. Les médecins ne peuvent pas juger les demandes des patients ni exercer un droit de regard sur leurs motivations.

Cependant, si le centre estime qu'un projet n'est pas viable, les médecins peuvent invoquer leur clause de conscience pour refuser de le réaliser.

Ce fut le cas pour une patiente venue avec sa belle-mère, la mère de son défunt conjoint. Elle demandait une PMA post-mortem, bien qu'elle ait déjà rencontré un autre homme. Le centre a eu l'impression qu'elle entreprenait cette démarche pour faire plaisir à sa belle-mère. Elle n'allait pas se faire inséminer des embryons créés avec son conjoint décédé alors qu'elle était en train de reconstruire sa vie avec un autre homme. Son projet n'a donc pas pu aboutir et les médecins ont invoqué cette clause.

Les techniques de PMA post-mortem sont identiques aux techniques de PMA "classiques". Les quatre patientes ayant demandé une PMA post-mortem avaient des embryons créés par

FIV. La seule différence est que, lors de la décongélation des embryons pour une réimplantation, seule la signature de la conjointe survivante est requise.

Le taux de réussite de grossesse est similaire, autour de 35 à 45 % par embryon.

Le Dr Habran a conclu en soulignant les nombreuses réflexions éthiques à mener en matière de PMA, ainsi que le choix laissé aux praticiens de prendre des décisions au cas par cas. Elle comprend que cela puisse être perturbant et que certains centres préfèrent ne pas pratiquer la PMA post-mortem en raison des implications morales et du temps que cela demande.

Si l'on se penche sur l'enfant et son développement personnel, celui-ci pourrait reprocher à sa mère de l'avoir fait naître orphelin d'un parent. À ses 18 ans, il pourrait affirmer que cette décision n'était pas la sienne et porter plainte contre sa mère (annexe 1).

7.2 Centre de PMA Groupe Santé CHC du MontLégia

Le Centre de procréation médicalement assistée du Groupe Santé du Centre Hospitalier Chrétien du MontLégia ne pratique pas la PMA post-mortem. Nous avons rencontré le Dr Demellenne pour mieux comprendre les raisons de ce refus (annexe 2).

Lorsqu'un couple doit signer la convention du centre, il est stipulé que *"Par la présente, le centre informe les auteurs du projet parental qu'il exclut toute implantation post-mortem d'embryons surnuméraires"*, une décision fondée sur la clause de conscience prévue par la loi (annexe 4).

Cependant, le centre est tenu d'assurer la continuité des soins et doit donc être en mesure de diriger les patients vers un autre établissement prêt à prendre en charge cette pratique.

Lorsqu'un couple exprime le souhait que leurs embryons soient utilisés dans le cadre d'une PMA post-mortem, l'équipe du centre les oriente de leur vivant vers un autre établissement avec lequel ils collaborent, qui pourrait éventuellement accueillir les embryons surnuméraires du couple. Ainsi, les patients auront l'opportunité de signer les conventions de PMA post-mortem avec cet autre établissement et de rencontrer l'un des médecins ainsi que des psychologues (annexe 5).

Aucun des deux auteurs du projet parental ne peut utiliser les embryons ou les gamètes sans l'accord de l'autre, soulignant ainsi l'importance d'un consentement préalable.

Le centre justifie son refus en expliquant que lors de leurs groupes de travail, ils ont débattu des limites à poser, en dehors de celles dictées par la loi et l'éthique. Si l'âge des mères est réglementé, ils se sont également interrogés sur celui des pères. Ils ont conclu qu'au lieu de fixer une limite d'âge arbitraire, il était préférable de se baser sur la capacité de l'homme à maintenir sa santé.

Par exemple, un homme de 70 ans en bonne santé, non-fumeur, pratiquant régulièrement du sport et bénéficiant d'un suivi médical attentif, pourrait espérer vivre encore 20 ans. En revanche, un homme de 53 ans ayant déjà subi trois infarctus, fumant, en surpoids et ne prenant

pas en charge son cholestérol, désirant être père peut avoir une espérance de vie plus réduite. Cette dernière situation ne semble pas être la plus appropriée pour s'engager dans un projet parental.

Le critère principal du centre est d'assurer que l'enfant à naître puisse connaître ses parents, ce qui rendrait contradictoire le fait de demander aux pères de veiller à leur santé tout en autorisant la procréation post-mortem, où l'enfant naîtrait sans père.

Son objectif est de créer les meilleures conditions pour l'enfant à venir. Par exemple, dans le cas de mères célibataires, le centre s'assure que la femme n'a pas de réticence majeure envers les hommes, qu'elle est financièrement autonome et bien soutenue sur le plan familial et amical.

Des réunions médico-psychosociales ont lieu chaque mois où l'équipe examine tous les projets parentaux qui suscitent des interrogations.

Selon le Dr Demellenne, la situation de la PMA post-mortem est délicate. Le risque serait que cela conduise à un deuil pathologique et que ce ne soit pas sain. Un exemple de projet cohérent serait celui d'un homme diagnostiqué avec une maladie en cours de projet parental, ayant déjà un enfant avec sa partenaire et convenant ensemble, pour le bien de la famille, d'autoriser l'utilisation des embryons après son décès pour assurer la continuité de la fratrie (annexe 2).

8 PERSPECTIVES D'AVENIR

L'avenir de la procréation post-mortem suscite une certaine ambivalence, en grande partie en raison des réticences exprimées par de nombreux experts et parlementaires, comme mentionné précédemment.

Malgré l'opposition de nombreux pays, un nombre croissant de législations nationales intègrent cette pratique dans leur cadre juridique. C'est notamment le cas de l'Italie, qui l'a récemment autorisée en mai 2024.

Le ministère italien de la Santé a mis à jour ses directives sur la procréation médicalement assistée ce 10 mai. L'une des principales innovations de ce décret ministériel est que le consentement ne peut plus être révoqué après la fécondation de l'ovule. Ainsi, une fécondation in vitro sera désormais possible pour une femme dont le conjoint est décédé ou si elle est séparée de lui, à condition qu'il ait donné son consentement au préalable²⁴⁰.

Cette modification découle de deux décisions judiciaires importantes.

En 2019, la Cour de cassation avait statué que les enfants issus d'une PMA pouvaient être légalement reconnus comme les enfants de celui qui avait donné son accord à la procédure, même s'il était décédé avant la naissance de l'enfant. L'année dernière, la Cour constitutionnelle a renforcé cette position en affirmant que le consentement pour la PMA ne pouvait être révoqué après une séparation, afin de protéger les femmes des conséquences négatives de l'arrêt du processus²⁴¹.

Même dans des pays qui refusent strictement cette pratique, comme la France, les juridictions ont rendu des décisions favorables au transfert d'embryons vers des pays autorisant la procréation post-mortem. Cela a été le cas pour Rose, qui a été la première Française à obtenir l'autorisation d'exporter les gamètes cryoconservés de son défunt conjoint vers l'Espagne²⁴².

Compte tenu des évolutions technologiques et des avancées médicales, notre monde semble se diriger vers une acceptation accrue de ces pratiques. Il est indéniable que cette évolution aura des répercussions sur les générations futures en termes de filiation, de succession et de nouveaux schémas familiaux.

En Belgique, il est donc crucial que nos lois évoluent pour encadrer au mieux toutes les conséquences juridiques liées à la procréation post-mortem, surtout si notre société adopte de plus en plus ces pratiques.

²⁴⁰ Décret modifiant les lignes directrices de la loi 40/2004 sur les procédures et les techniques de procréation médicalement assistée, 20 mars 2024, disponible sur <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1715331134.pdf>.

²⁴¹ GENETHIQUE, « Italie : la PMA autorisée aux femmes veuves ou séparées - Genethique », <https://www.genethique.org/>, 11 mai 2024, disponible sur <https://www.genethique.org/italie-la-pma-autorisee-aux-femmes-veuves-ou-separees/> (Consulté le 24 mai 2024).

²⁴² ADMIN_BLISS, « EP 243, PMA post mortem avec le témoignage de Rose », *Bliss Stories*, 29 avril 2024, disponible sur <https://bliss-stories.fr/2024/04/29/episode-243-temoignage-rose-pma-post-mortem/> (Consulté le 24 mai 2024).

9 CONCLUSION

À travers ce travail, nous avons exploré les multiples facettes de la procréation post-mortem afin de comprendre son application pratique et ses conséquences juridiques et sociales, tant positives que négatives.

Tout d'abord, il a été nécessaire de recontextualiser le sujet en abordant la procréation médicalement assistée "classique". L'origine de ce phénomène a été rappelée, ainsi que les conditions et le champ d'application, les notions de centre de fécondation et de génétique humaine, et celles des auteurs d'un projet parental. Les conditions requises pour entamer ce processus, la procédure, et l'accompagnement prévu par la loi et les centres ont également été décrits. Les différentes techniques de PMA offertes par les établissements ont été détaillées, ainsi que les diverses destinations possibles pour les embryons surnuméraires et les gamètes.

Ensuite, le cadre de la procréation post-mortem a été délimité, en soulignant l'importance de la clause de conscience pour les médecins et les centres de PMA, leur permettant de pratiquer en accord avec leurs valeurs. L'élaboration de la loi du 6 juillet 2007 a été analysée, en observant les divergences issues des travaux parlementaires et du Comité consultatif de bioéthique.

Une étude comparative de plusieurs pays européens a permis de constater que la procréation post-mortem est principalement envisagée pour les femmes ayant perdu leur mari, avec des délais variant légèrement d'un pays à l'autre.

Les principaux problèmes et préoccupations liés à cette pratique ont ensuite été examinés, tels que l'intérêt de l'enfant, les questions de filiation et de succession, la modification de la convention initiale dans le cadre d'un processus de procréation après la mort du conjoint, et la discrimination de la loi envers les hommes par rapport aux femmes.

Grâce aux entretiens avec des médecins de deux centres de PMA différents, des visions relativement opposées sur cette pratique ont pu être observées, ainsi que l'importance et l'application de la clause de conscience dans la réalité.

Quant aux perspectives d'avenir, la procréation post-mortem devient progressivement plus acceptée dans certains pays européens. Cependant, de nombreuses failles subsistent dans sa mise en application, et notre société devra probablement repenser entièrement certaines de ses conceptions traditionnelles.

De plus, cette pratique suscite de nombreuses critiques et craintes concernant les limites de cette avancée médicale et l'emprise que l'homme peut avoir sur la vie et la mort. Il est légitime de se demander si ces progrès ne risquent pas de franchir les frontières du droit et de l'éthique.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION ET TRAVAUX PRÉPARATOIRES

Άρθρο 1457 - Αστικός Κώδικας, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/21920> (Consulté le 16 mai 2024).

Άρθρο 1465 - Αστικός Κώδικας - Τεκμήριο καταγωγής από γάμο, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/18825> (Consulté le 16 mai 2024).

Άρθρο 1711 - Αστικός Κώδικας, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/19007> (Consulté le 16 mai 2024).

Άρθρο 1924 - Αστικός Κώδικας, 9 août 2014, disponible sur <https://www.lawspot.gr/node/19218> (Consulté le 16 mai 2024).

Ancien Code civil, *M.B.*, 21 mars 1804, disponible sur <http://www.droitbelge.be/codes.asp#civ>.

Arrêté royal relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, *M.B.*, 15 février 1999.

Arrêté royal du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *M.B.*, 16 juin 2003.

Avis n°19 du 14 octobre 2002 relatif à la destination des embryons congelés, Comité consultatif de Bioéthique, disponible sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/7966419/Avis%20n%C2%B019%20du%2014%20octobre%202002%20relatif%20%C3%A0%20la%20destination%20des%20embryons%20congel%C3%A9s.pdf.

Avis n°28 du 21 juin 2004 relatif à la procréation après le décès du/de la partenaire, Comité consultatif de Bioéthique, disponible sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/7970407/Avis%20n%C2%B028%20du%2021%20juin%202004%20relatif%20%C3%A0%20la%20procr%C3%A9ation%20apr%C3%A8s%20le%20d%C3%A9c%C3%A8s%20du-de%20la%20partenaire.pdf.

Avis n°40 sur le transfert d'embryons après décès du conjoint (ou du concubin), Comité Consultatif National d'Éthique, 17 décembre 1993, disponible sur <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis040.pdf>.

Avis n°60 Réexamen des lois de bioéthique, Comité Consultatif National d'Éthique, 25 juin 1998, disponible sur <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis060.pdf>.

Code civil, *M.B.*, 1 novembre 2020, disponible sur <http://www.droitbelge.be/codes.asp#civ>.

Code civil portugais - Décret/loi n°47344, disponible sur <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075>.

Convention européenne des droits de l'homme, 3 septembre 1953, disponible sur https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_FRA.

Décret modifiant les lignes directrices de la loi 40/2004 sur les procédures et les techniques de procréation médicalement assistée, 20 mars 2024, disponible sur <https://www.quotidiano-sanita.it/allegati/allegato1715331134.pdf>.

Loi 35/1988 du 22 novembre 1988 sur les techniques de procréation assistée, 14 décembre 1988.

Loi de 1990 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, 1 novembre 1990, disponible sur https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/pdfs/ukpga_19900037_en.pdf.

Loi du 2 mars 1994 sur l'égalité de traitement, disponible sur <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006502/2020-01-01>.

Loi 3089/2002 sur l'assistance médicale en matière de reproduction humaine, disponible sur https://www.e-nomothesia.gr/kat-yegeia/tekhnete-gonimopoiese/n-3089-2002.html#google_vignette.

Loi du 20 juin 2002 sur les embryons, disponible sur <https://wetten.overheid.nl/BWBR0013797/2021-07-01>.

Loi de 2003 relative à la procréation médicalement assistée post-mortem, 1 décembre 2003, disponible sur <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/24#:~:text=2003%20CHAPTER%2024,death%3B%20and%20for%20connected%20purposes>.

Loi 3305/2005 sur l'application des méthodes de procréation médicalement assistée, disponible sur <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/164338/nomos-3305-2005>.

Loi 14/2006 du 26 mai 2006 sur les techniques de procréation humaine assistée, 28 mai 2006, disponible sur <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292&p=20150714&tn=0>.

Loi n°32/2006 du 26 juillet sur la procréation médicalement assistée, disponible sur <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/32-2006-539239>.

Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *M.B.*, 17 juillet 2007.

Loi de 2008 relative à la fécondation et à l'embryologie humaine, 13 novembre 2008, disponible sur <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/contents>.

Loi n°72/2021 du 12 novembre qui autorise le recours aux techniques de procréation médicalement assistée par insémination avec du sperme après le décès du donneur, en cas de consentement parental exprès, modifiant la loi n°32/2006 du 26 juillet, disponible sur <https://files.dre.pt/1s/2021/11/22000/0000300005.pdf>.

Projet de loi modifiant la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2022-2023, 1 juin 2023, n° 3393/001.

Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 1996-1997, 5 février 1997, n° 1-533/1.

Proposition de résolution relative à la Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine, en ce qui concerne la recherche sur les embryons in vitro, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 1997-1998, 9 juillet 1998, n° 1-1055/1.

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2004-2005, 2 mars 2005, n° 3-1067/1.

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 23 novembre 2005, n° 3-1440/1.

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 8 mars 2006, n° 3-1440/3.

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 15 mars 2006, n° 3-1440/4.

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, 7 juin 2006, n° 3-1440/9.

Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par M. J. Cornil et Mme M. De Schamphelaere, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2005-2006, n° 3-1440/9.

Rapport fait au nom du Groupe de travail « bioéthique » par Mme C. Nyssens, *Doc. Parl.*, Sénat, sess. ord. 2004-2005, 16 novembre 2004, n° 3-418/2.

Règlement sur la loi modèle sur les embryons, disponible sur <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/08/Modelreglement-Embryowet-NVOG-en-KLEM-definitief-augustus-2018.pdf>.

Résolution 1763 relative au droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux, Ass. parl., 7 octobre 2010.

JURISPRUDENCE

Court of Appeal (Civil Division), *R c. Human Fertilisation and Embryology Authority, ex parte Blood*, 6 février 1997, disponible sur <https://vlex.co.uk/vid/r-v-human-fertilisation-792623077>.

CEDH, *R.R. c. Pologne*, 26 mai 2011, n° 27617/04.

Conseil d'État, *Conseil d'État, Assemblée, 31/05/2016, 396848, Publié au recueil Lebon*, 31 mai 2016, 396848, *Publié au recueil Lebon*, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000032617454/> (Consulté le 1 décembre 2023).

ECtHR, *Baret Et Caballero c. France*, 14 septembre 2023, 22296/20, 37138/20, disponible sur <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-226475> (Consulté le 18 mai 2024).

DOCTRINE

ALLIANCE VITA, « PMA post mortem, exportation de gamètes et d'embryons », 22 septembre 2023, disponible sur <https://www.alliancevita.org/2023/09/gametes-embryon-pma-post-mortem-cedh/> (Consulté le 18 mai 2024).

AGALLOPOULOU, P., « Les procréations médicalement assistées selon le droit hellénique », in O. ROY (éd.), *Réflexions sur le pluralisme familial*, Sciences juridiques et politiques, Nanterre, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2011, pp. 65-80, disponible sur <https://books.openedition.org/pupo/679> (Consulté le 16 mai 2024).

BROCHIER, C., « La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique », 13 février 2023, disponible sur <https://www.ieb-eib.org/fr/dossier/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/la-procreation-medicalement-assistee-en-belgique-513.html> (Consulté le 4 mars 2024).

COMMISSIE GELIJKE BEHANDELING, « Recherche de notre propre initiative : pas de distinction selon l'état civil par les treize institutions de FIV en ce qui concerne les couples homme/femme non mariés ; distinction directe selon l'orientation homosexuelle par trois institutions en excluant les couples lesbiens. | Institut néerlandais des droits de l'homme », 7 février 2000, disponible sur <https://publicaties.mensenrechten.nl/publicatie/5c1c6814-6fe9-4b07-be0e-536cf7608121> (Consulté le 15 mai 2024).

DERESE, M.-N., « La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes », *Revue trimestrielle de droit familial*, s.d., n° 2/2008.

FEDERATIE MEDISCH SPECIALISTEN, « Base de données des lignes directrices », s.d., disponible sur <https://richtlijndatabase.nl/?query=&specialism=34&sort=1> (Consulté le 15 mai 2024).

GENETHIQUE, « Italie : la PMA autorisée aux femmes veuves ou séparées - Genethique », <https://www.genethique.org/>, 11 mai 2024, disponible sur <https://www.genethique.org/italie-la-pma-autorisee-aux-femmes-veuves-ou-separees/> (Consulté le 24 mai 2024).

INSTITUT EUROPEEN DE BIOETHIQUE (IEB), « Clauses de conscience au profit des professionnels de la santé », *IEB*, 2011.

INSTITUT EUROPEEN DE BIOETHIQUE (IEB), « PMA en Belgique : jusqu'à 5 ans pour utiliser les gamètes ou les embryons du conjoint décédé ? - Institut Européen de Bioéthique », 8 février 2023, disponible sur <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/pma-en-belgique-jusqu-a-5-ans-pour-utiliser-les-gametes-ou-les-embryons-du-conjoint-decede-2142.html> (Consulté le 3 mai 2024).

INSTITUT EUROPEEN DE BIOETHIQUE (IEB), « Belgique : la PMA post mortem possible jusqu'à 5 ans après le décès du conjoint - Institut Européen de Bioéthique », 14 juillet 2023, disponible sur <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/belgique-la-pma-post-mortem-possible-jusqu-a-5-ans-apres-le-deces-du-conjoint-2179.html> (Consulté le 2 mai 2024).

MAIGAT, P.L., « Transmettre la vie au-delà de la mort. Faut-il être vivant pour devenir parent ? », *Actu-Juridique*, 11 décembre 2016, disponible sur <https://www.actu-juridique.fr/civil/transmettre-la-vie-au-dela-de-la-mort-faut-il-etre-vivant-pour-devenir-parent/> (Consulté le 20 mai 2024).

MESNIL, M., « La CEDH sonne le glas de l'interdiction de la procréation post mortem - Civil | Dalloz Actualité », 29 septembre 2023, disponible sur <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/cedh-sonne-glas-de-l-interdiction-de-procreation-post-mortem> (Consulté le 29 avril 2024).

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, W. en S., « Evaluatie Embryowet - Publicatie - Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek », 1 janvier 2006, disponible sur <https://www.ccmo.nl/publicaties/publicaties/2006/01/01/evaluatie-embryowet> (Consulté le 15 mai 2024).

NVOG, « Lignes directrices – NVOG », s.d., disponible sur <https://www.nvog.nl/kwaliteitsdocumenten/richtlijnen/> (Consulté le 15 mai 2024).

PAPAZOGLU, J., « La clause de conscience comme arme anti-IVG », *Centre d'Action Laïque*, février 2019, disponible sur <https://www.laicite.be/magazine-article/clause-de-conscience-arme-anti-ivg/> (Consulté le 7 mars 2024).

PARIZER-KRIEF, K., « Réflexions autour de la révision de la loi bioéthique dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation - Une rupture du cadre conceptuel ? », *médecine/sciences*, avril 2019, vol. 35, n° 4, pp. 356-363.

SENAT, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation », *Sénat*, 3 avril 2023, disponible sur <https://www.senat.fr/lc/lc193/lc193.html> (Consulté le 14 mai 2024).

SOSSON, J. et MALMANCHE, H., « État du droit belge en matière de procréation médicalement assistée et de gestation pour autrui », in *Les mutations contemporaines du droit de la famille*, Droit et action publique, FONTAINE, Presses universitaires de Grenoble, 2020, pp. 37-60, disponible sur <https://www.cairn.info/les-mutations-contemporaines-du-droit-9782706144103-p-37.htm> (Consulté le 3 avril 2024).

DOCUMENTS NON JURIDIQUES

ADMIN, « L'évolution de la procréation médicalement assistée », *IVI France*, 3 octobre 2017, disponible sur <https://ivi-fertilite.fr/blog/evolution-procreation-medicalement-assistee/> (Consulté le 5 mars 2024).

ADMIN_BLISS, « EP 243, PMA post mortem avec le témoignage de Rose », *Bliss Stories*, 29 avril 2024, disponible sur <https://bliss-stories.fr/2024/04/29/episode-243-temoignage-rose-pma-post-mortem/> (Consulté le 24 mai 2024).

BALLESTERO, M.-H., « PMA : pourquoi l'Espagne reste une destination privilégiée par de nombreuses femmes », *Franceinfo*, 26 mai 2022, disponible sur https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/en-direct-du-monde/pma-pourquoi-l-espagne-reste-une-destination-privilegiee-par-de-nombreuses-femmes_5132665.html (Consulté le 14 mai 2024).

BATEMAN, S., « Procréer sans sexualité : généalogie d'une manière de penser et de réaliser la fécondation », in D. BONNET, F. CAHEN et V. ROZEE (éds.), *Procréation et imaginaires collectifs : Fictions, mythes et représentations de la PMA*, Questions de populations, Paris, Ined Éditions, 2021, pp. 27-40, disponible sur <https://books.openedition.org/ined/17184> (Consulté le 6 mars 2024).

BIAHAMS, D., « A unique case of frozen sperm export? », *The Lancet*, février 1997, vol. 349, n° 9050, p. 448.

BLEU, G., « En savoir plus: Le soutien psychologique », *CPMA*, s.d., disponible sur <http://cpma-ulg.be/en-savoir-plus/le-soutien-psychologique/> (Consulté le 6 mars 2024).

BLEU, G., « La fécondation in vitro - ICSI », *CPMA*, s.d., disponible sur <http://cpma-ulg.be/les-traitements/la-fecondation-in-vitro/icsi/> (Consulté le 27 avril 2024).

BRUSSELS IVF, « Examen des embryons (DPI) », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brusselsivf.be/fr/traitement/dpi/> (Consulté le 5 mars 2024).

BRUSSELS IVF, « FIV et ICSI », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brusselsivf.be/fr/traitement/fiv/> (Consulté le 27 avril 2024).

BRUSSELS IVF, « La gestation pour autrui (GPA) », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brusselsivf.be/fr/traitement/draagmoederschap/> (Consulté le 29 avril 2024).

BRUSSELS IVF, « Cryoconservation », *Brussels IVF*, s.d., disponible sur <https://www.brusselsivf.be/fr/traitement/cryoconservation/> (Consulté le 8 mai 2024).

BRUYNDONCKX, A.-S., « GPA : la Belgique tolère mais n'encadre pas. Avec quelles conséquences ? », *RTBF*, 15 février 2020, disponible sur <https://www.rtbf.be/article/gpa-la-belgique-tolere-mais-n-encadre-pas-avec-quelles-consequences-10424532> (Consulté le 11 mai 2024).

CNPMA, « cidadãos », s.d., disponible sur <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/faqs.aspx> (Consulté le 15 mai 2024).

DONINELLI, C., « Procréation post mortem ou la vie après la vie | Universitas | Université de Fribourg », s.d., disponible sur <https://www.unifr.ch/universitas/fr/editions/2019-2020/la-mort/procr%C3%A9ation-post-mortem-ou-la-vie-apr%C3%A8s-la-vie.html> (Consulté le 28 avril 2024).

FRANCEINFO, « VIDEO. Le Conseil d'Etat donne une "lueur d'espoir" à une Espagnole désireuse d'avoir un enfant de son mari mort », *Franceinfo*, 28 avril 2016, disponible sur https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/insemination-post-mortem-le-combat-de-mariana-gomez-tur_1426703.html (Consulté le 18 mai 2024).

GHERT-ZAND, P.R., « Les embryologistes inondés de demandes de prélèvement de sperme posthumes », s.d., disponible sur <https://fr.timesofisrael.com/les-embryologistes-inondes-de-demandes-de-prelevement-de-sperme-posthumes/> (Consulté le 14 mai 2024).

GROUPE SANTE CHC, « L'insémination intra-utérine (IIU) », *Groupe santé CHC*, s.d., disponible sur <https://chc.be/Services/Centre-de-PMA/PMA/Les-traitements-de-PMA/L-insemination-intra-uterine-IIU> (Consulté le 4 mars 2024).

GROUPE SANTE CHC, « Les limites de la PMA », *Groupe santé CHC*, s.d., disponible sur <https://chc.be/Services/Centre-de-PMA/PMA/L-ethique/Les-limites-de-la-PMA> (Consulté le 6 mars 2024).

HELLIO, M., « Affaire Mariana : 3 questions sur l'insémination post-mortem », *Le Nouvel Obs*, 27 mai 2016, disponible sur <https://www.nouvelobs.com/societe/20160527.OBS1381/affaire-mariana-3-questions-sur-l-insemination-post-mortem.html> (Consulté le 18 mai 2024).

HFEA, « HFEA: UK fertility regulator », *Human Fertilisation & Embryology Authority (HFEA)*, s.d., disponible sur <https://www.hfea.gov.uk/> (Consulté le 14 mai 2024).

HUTIN, C., « En Belgique, vers une gestation pour autrui légale pour toutes et tous ? », *Le Soir*, 7 juin 2023, disponible sur <https://www.lesoir.be/517974/article/2023-06-07/en-belgique-vers-une-gestation-pour-autrui-legale-pour-toutes-et-tous> (Consulté le 11 mai 2024).

IVF ATHENS CENTER, « Règlement - Centre de FIV d' Athènes, clinique de fertilité en Grèce », s.d., disponible sur <https://www.ivfathenscenter.gr/fr/reglement/> (Consulté le 15 mai 2024).

JEVEUX1BEBE, « Jveux1bebe.be - Centres A et B », s.d., disponible sur <https://www.jveux1bebe.be/examens-et-diagnostics/centres-a-et-b> (Consulté le 6 mars 2024).

LA LIGUE DES FAMILLES, « Les difficultés du parcours PMA », février 2024.

LAROUSSE, É., « Définitions : boîte de Petri - Dictionnaire de français Larousse », s.d., disponible sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bo%C3%AEte_de_Petri/59991 (Consulté le 27 avril 2024).

LORENZO, S., « Mariana Gonzalez-Gomez, la femme qui veut un enfant de son mari décédé », *Le HuffPost*, 27 mai 2016, disponible sur https://www.huffingtonpost.fr/life/article/mariana-gonzalez-gomez-la-femme-qui-veut-une-pma-avec-le-sperme-congele-de-son-mari-decede_78147.html (Consulté le 18 mai 2024).

MALLAVAL, C., « Le Portugal ouvre la GPA à certaines et la PMA à toutes », *Libération*, s.d., disponible sur https://www.liberation.fr/planete/2016/05/13/le-portugal-ouvre-la-gpa-a-certaines-et-la-pma-a-toutes_1452485/ (Consulté le 16 mai 2024).

MANIFEST, T., « Fécondation In Vitro (FIV) - Chirec », s.d., disponible sur <https://chirec.be/fr/fecondation-in-vitro-fiv/> (Consulté le 6 mai 2024).

MARIN, E., « Portugal: New Law Allows Medically Assisted Procreation Through Postmortem Insemination », *Library of Congress, Washington, D.C. 20540 USA*, s.d., disponible sur <https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2021-12-13/portugal-new-law-allows-medically-assisted-procreation-through-postmortem-insemination/> (Consulté le 16 mai 2024).

MIGNOT, J.-F., « Quand l'insémination artificielle était contre nature », *La Vie des idées*, avril 2018, disponible sur <https://laviedesidees.fr/Quand-l-insemination-artificielle-etait-contre-nature> (Consulté le 6 mars 2024).

PARTENAMUT, « La procréation médicalement assistée (PMA), comment ça marche ? », 14 mars 2023, disponible sur <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/grossesse-et-naissance/grossesse/infertilite-pma-fiv> (Consulté le 8 mars 2024).

PERSPECTIVE MONDE, « Naissance du premier « bébé éprouvette » | Evenements | Perspective Monde », s.d., disponible sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMEve/1348> (Consulté le 4 mars 2024).

REDACTIE, « Trente ans de fécondation in vitro en Belgique », *7sur7.be*, 20 juin 2013, disponible sur <https://www.7sur7.be/sante-et-bien-etre/trente-ans-de-fecondation-in-vitro-en-belgique~af0854e7/> (Consulté le 4 mars 2024).

SERVANT, M., « Pourra-t-on bientôt devenir parent malgré sa mort ? », 13 mai 2024, disponible sur <https://usbeketrica.com/fr/article/pourra-t-on-bientot-devenir-parent-malgre-sa-mort> (Consulté le 14 mai 2024).

VAN OSSEL, D., « Avoir un enfant de son partenaire jusqu'à 5 ans après son décès, c'est désormais possible », *RTBF*, 2 juillet 2023, disponible sur <https://www.rtf.be/article/avoir-un-enfant-de-son-partenaire-jusqu-a-5-ans-apres-son-deces-c-est-desormais-possible-11222166> (Consulté le 2 mai 2024).

TABLES DES MATIERES

1	INTRODUCTION	5
2	PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE: CONCEPTS FONDAMENTAUX	6
2.1	Définition	6
2.2	Historique de la PMA.....	6
2.3	Conditions et champ d'application	8
2.3.1	<i>Acteurs</i>	8
2.3.2	<i>Limites et libertés</i>	10
2.3.3	<i>Procédure</i>	11
2.4	Différentes techniques de PMA	14
2.4.1	<i>Insémination artificielle (IA)</i>	14
2.4.2	<i>Fécondation in vitro sans micromanipulation (FIV ou FIVETE)</i>	15
2.4.3	<i>Fécondation in vitro avec micromanipulation (ICSI)</i>	17
2.5	Destination des embryons surnuméraires et des gamètes	18
2.5.1	<i>Projet parental actuel ou futur</i>	18
2.5.2	<i>Utilisation dans un protocole d'étude scientifique, don à un autre couple ou destruction</i>	20
3	INTRODUCTION À LA PMA POST-MORTEM	22
3.1	Définition et objectifs.....	22
3.2	Procédure.....	23
3.2.1	<i>Convention</i>	23
3.2.2	<i>Délai</i>	25
3.2.3	<i>Clause de conscience</i>	27
4	CADRE LÉGAL BELGE	29
4.1	Travaux parlementaires	29
4.2	Loi du 6 juillet 2007	32
4.3	À l'international.....	32
5	COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS	34
5.1	Espagne	34
5.2	Royaume-Uni	35
5.3	Pays-Bas	36
5.4	Grèce	38
5.5	Portugal	39
5.6	Points de convergence et de divergence entre ces pays et la Belgique	40
5.7	Interdictions et controverses dans d'autres pays.....	41
6	CRITIQUES ET LIMITES DE LA PMA POST-MORTEM	44
6.1	Intérêt de l'enfant.....	44
6.2	Filiation et succession	45
6.3	Modification de la convention après le décès du conjoint	46
6.4	Discrimination de la loi envers l'homme.....	47
7	POSITIONNEMENT DE LA SOCIÉTÉ	49
7.1	Centre de PMA ULiège CHR de la Citadelle	49
7.2	Centre de PMA Groupe Santé CHC du MontLégia	51

8	PERSPECTIVES D'AVENIR	53
9	CONCLUSION.....	54
	BIBLIOGRAPHIE	55

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1** Interview avec le Docteur Cécile HABRAN
- ANNEXE 2** Interview avec le Docteur Stéphanie DEMELENNE
- ANNEXE 3** Conventions du Centre PMA-ULiège du CHR Citadelle
- ANNEXE 4** Conventions du Centre PMA Groupe Santé du CHC MontLégia
- ANNEXE 5** Convention d'un centre de PMA qui pratique la post-mortem

RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR CECILE HABRAN

Le 22 mars 2024

A. Contact de la personne interrogée

Nom: HABRAN

Prénom: Cécile

E-mail: cecile.habran@citadelle.be

Nom du centre: CPMA-ULiège CHR Citadelle

Profession: Gynécologue

B. Discussion

***Lise:** Bonjour. J'aimerais vous remercier pour votre temps et pour votre disponibilité. Je suis étudiante à HELMo en 3^{ème} année en droit et je suis en train de rédiger mon travail de fin d'études qui porte sur la procréation médicalement assistée post-mortem. J'aurais aimé connaître la position des centres de PMA en Belgique face à cette pratique. Puis-je enregistrer la discussion afin que je la retranscrive?*

***Dr Habran:** Oui, pas de problème.*

***Dr Habran:** Est-ce que je suis la première personne avec qui tu as un entretien dans un service de PMA?*

***Lise:** Oui, vous êtes la première personne avec qui j'ai un entretien dans un service de PMA.*

***Lise:** Est-ce vous pratiquez la PMA post-mortem?*

***Dr Habran:** Sur nos conventions, quand il y a un projet de couple, on leur demande ce qu'ils souhaitent faire si jamais l'un des deux venait à décéder. Sachez que la loi belge autorise un transfert post-mortem, mais il faut que le couple ait donné l'accord au préalable. On leur en parle toujours, c'est comme quand on fait des cryoconservations pour la préservation de la fertilité avant un cancer en chimiothérapie; pour cela aussi, on leur demande s'ils veulent utiliser leurs gamètes pour quelqu'un, ils peuvent répondre par oui ou non et de même pour le transfert post-mortem. Si on le propose dans nos conventions, c'est qu'on a la possibilité de le pratiquer.*

Après, on a quand même mis dans une de nos conventions un petit onglet en rouge en disant "sous accord de notre projet", les personnes qui viennent après avec ce projet-là seront vues par un médecin et un psychologue. On discute ensemble et cela prend une bonne année avant d'entreprendre un traitement. C'est vrai que la loi permettait 2 ans à l'époque, et c'est maintenant passé à 5 ans.

Nos psychologues étaient un peu dubitatifs sur le fait d'augmenter le nombre d'années. C'est vrai que le temps passe vite, et il faut le temps que les gens fassent un deuil, est-ce que 2 ans ce ne serait pas un peu trop court? C'est peut-être pas mal d'augmenter, mais en même temps 5 ans, les psychologues s'inquiétaient pour la patiente. Est-ce que la patiente n'est pas entrée dans un deuil pathologique?

On a eu 4 personnes qui se sont présentées dans un projet de PMA post-mortem et, sur les 4, il n'y en a qu'une qui a été enceinte. Au cours du parcours, 3 personnes ont changé d'avis et une est allée jusqu'au bout du processus.

Lise: *Est-ce que c'étaient des femmes qui vous ont fait ces demandes? Est-ce que c'est également possible pour un homme?*

Dr Habran: *Oui, toujours des femmes. C'est possible pour un homme, mais il faut recourir à une mère porteuse, mais nous n'avons jamais eu la demande. Je pense que franchement cette situation est trop complexe. La GPA n'est ni autorisée, ni interdite. Il n'y a aucune loi là-dessus, et donc de transférer des embryons créés avec les gamètes de la défunte conjointe, légalement, c'est très compliqué. Celle qui porte doit dire que ce n'est pas son enfant et doit l'abandonner tout en sachant qu'il n'y a plus qu'une personne qui peut reconnaître l'enfant puisque l'autre est décédée. Moi, je ne suis pas sûre qu'on accepterait un tel projet à l'heure actuelle sans cadre légal de GPA. En tout cas, nous n'avons jamais eu la demande.*

Lise: *Mais donc vous avez déjà eu ce genre de demande dans le cas d'une femme qui a perdu son conjoint?*

Dr Habran: *Oui, nous avons eu une patiente qui effectivement est allée jusqu'au bout, qui a été enceinte et qui a accouché. Pour le moment, c'est assez compliqué, car elle essaie de faire reconnaître l'enfant pour qu'il porte le nom de son père, mais vu qu'il est décédé, il est censé avoir le nom de sa mère. Mais elle a déjà eu 2 enfants avec ce monsieur-là et elle aimerait bien qu'ils portent le même nom de famille.*

Lise: *Au niveau du suivi psychologique, comment est-ce que votre équipe se met d'accord pour entamer ce genre de procédure pour une patiente demandeuse? Est-ce que les psychologues ont leurs mots à dire?*

Dr Habran: *Ce sont les psychologues qui jugent pour être sûr qu'on ne se trouve pas dans un profil de deuil pathologique, mais c'est compliqué à juger.*

Lise: *J'ai vu sur votre site que vous avez 3 psychologues dans votre centre qui interviennent. Est-ce que c'est obligatoire pour les patients de voir un psychologue dans cette procédure?*

Dr Habran: *Oui, c'est obligatoire. La patiente qui a été enceinte a suivi notre psychologue tout au long de la grossesse et continue même à la voir après. Elle a également vu un psychiatre externe au centre afin d'exclure un "deuil pathologique".*

Lise: *Si par exemple vous réalisez que le projet ne pourra pas aboutir, que dites-vous aux patients?*

Dr Habran: Une des histoires dont je me souviens, c'était une femme qui venait, mais avec sa belle-mère, pour le faire et avait déjà quand même plus ou moins un nouveau conjoint. C'était quand même plus pour faire plaisir à sa belle-mère qu'on avait l'impression qu'elle allait faire transférer ses embryons alors qu'elle était déjà en train de se reconstruire avec quelqu'un d'autre. On lui a répondu que le projet n'allait pas pouvoir aboutir.

Lise: Est-ce que vous pouvez invoquer la clause de conscience à n'importe quel moment?

Dr Habran: Oui, on a toujours le droit pour n'importe quel traitement d'invoquer la clause de conscience. Imaginons qu'un couple soit dans un projet de PMA, congèle ses embryons, nous avons toujours le droit de dire que leur projet ne tient plus la route et qu'on n'a plus envie de continuer. Nous n'utiliserons pas vos embryons et nous n'en ferons rien. On ne peut pas les détruire, car il faut votre accord. Mais vous pouvez aller voir si vous pouvez faire votre projet avec un autre centre et s'ils sont d'accord, on pourra leur transférer.

On peut toujours dire non, que ce soit pour un transfert post-mortem, qu'un couple se sépare et que le conjoint dit "OK" pour le transfert même s'il n'est plus dans le projet, on a le droit de dire non. On n'a pas l'obligation, parce qu'ils ont fait le traitement chez nous, de les prendre en charge.

Maintenant, on fait du social freezing: il y a des gens qui n'ont pas de conjoint à l'heure actuelle, qui s'approchent des 35 ans et qui se disent: "Le temps que je rencontre quelqu'un, c'est mieux que je congèle mes gamètes pour ne pas perdre mes chances de grossesse", vu qu'on sait que la fertilité diminue à partir de 35/37 ans.

Lise: Est-ce que la conservation des gamètes se fait par cryoconservation?

Dr Habran: Oui, souvent ou en tout cas tous ceux qu'on a eus, ce sont des embryons qui ont été congelés. On peut congeler soit des embryons, ça veut dire que ça a été fait avec les ovocytes et les spermatozoïdes d'un couple, soit congeler des ovocytes, soit congeler des spermatozoïdes.

C'est vrai que maintenant, pour tout ce qui est oncofertilité, comme on ne sait pas ce qui va se passer, si c'est une femme qui est malade, on va congeler ses ovocytes et si c'est un homme, on va congeler ses spermatozoïdes, plutôt que de faire des embryons. Si jamais ils se séparent, on ne pourra plus rien en faire car ce n'est plus leur projet et celui qui a eu sa chimio n'aura peut-être plus d'ovocytes ou de spermatozoïdes de bonne qualité pour le faire.

Pour moi, on n'a pas encore dû faire de la décongélation de gamètes pour de la PMA post-mortem. Souvent, ce sont des embryons qui ont été congelés du couple et c'est la madame qui survit.

Lise: Quelles sont les techniques de PMA que vous utilisez?

Dr Habran: Chaque fois c'est de la FIV, les 4 fois c'est de la FIV.

Lise: J'ai également vu qu'il y avait plusieurs techniques de FIV.

Dr Habran: Effectivement, il y a l'ICSI et la fécondation in vitro classique. C'est juste la technique qui change, mais le but est d'avoir quand même des embryons, sauf que quand tu as des spermatozoïdes de bonne qualité, tu fais de la FIV classique, c'est-à-dire que tu prends les œufs et les spermatozoïdes et tu les mets dans une petite boîte et tu laisses la fécondation se faire naturellement. Si tu vois que les spermatozoïdes sont de moins bonne qualité, c'est le biologiste qui prend un œuf et un spermatozoïde et qui va directement injecter dans l'œuf le spermatozoïde. Cela crée des embryons et ils seront congelés par la suite.

Lise: En ce qui concerne l'insémination artificielle, cette situation serait-elle plus compliquée?

Dr Habran: On va congeler les spermatozoïdes d'une personne vivante et au décès de celle-ci, ils seront décongelés afin d'être réinjectés dans l'utérus de sa conjointe. Déjà, on ne congèle pas souvent des gamètes, sauf indications médicales, et on peut perdre en qualité si on a congelé ses spermatozoïdes. Donc si ce sont des couples qui partent pour des traitements d'insémination alors à ce moment-là, on a tendance à leur dire de faire l'insémination en frais. Cela veut dire qu'au moment où la patiente est prête à être inséminée parce qu'on voit qu'elle va ovuler, le monsieur va donner du sperme. On prépare du sperme frais et on le dépose directement dans la cavité utérine et la congélation n'entre pas en compte. Pour des inséminations, c'est rare, excepté si, lui, a préservé ses spermatozoïdes et puis qu'il en reste.

Lise: Ça m'étonne que vous ayez quand même eu plusieurs demandes pour un projet de post-mortem.

Dr Habran: Si, nous avons eu quand même 4 cas, après, je ne sais pas si c'est la meilleure idée du monde. Souvent, les couples qui ont un projet de PMA mettent souvent oui pour la post-mortem dans leur convention. Je dirais 1/3 si pas 1 couple sur 2 dit oui en disant qu'ils verront le jour J, ce qu'ils décideront de faire, mais ils ne s'imaginent pas réellement le faire.

Lise: Vous pensez savoir pourquoi certains centres refusent cette pratique?

Dr Habran: C'est qu'éthiquement parlant, c'est un peu dérangeant. On a souvent tendance à dire que lorsque la personne est morte, oui, c'est triste, mais il faut se reconstruire. C'est difficile, je ne sais pas si c'est la meilleure idée de faire cela. Après, dans notre centre, on le pratique et c'est pour cela qu'on discute longtemps. La personne à qui on a dit oui avait déjà 2 enfants et était déjà dans ce parcours-là et il y avait vraiment une volonté du couple de finir le projet et d'aller jusqu'au bout, même si son conjoint est décédé.

Lise: La question serait plus tournée vers l'enfant par rapport à son évolution personnelle, de se demander s'il vivra bien le fait de naître sans que son père soit vivant.

Dr Habran: Il pourrait dire qu'on lui a imposé d'être orphelin d'un de ses parents. Il pourrait très bien porter plainte à 18 ans. Ce n'est pas ma décision.

Lise: C'est ça que je trouve intéressant au niveau juridique. C'est que la loi l'autorise, mais c'est au bon vouloir des centres de PMA de décider si oui ou non ils pratiquent ce traitement. C'est un peu comme l'euthanasie, le médecin peut décider ou non de le pratiquer.

Dr Habran: *Il y a beaucoup de réflexions éthiques en PMA où on nous laisse un peu le choix.*

Lise: *C'est au cas par cas.*

Dr Habran: *Oui, c'est ça, certains centres ne le pratiquent pas parce que c'est chronophage, ça prend du temps. Il faut une bonne année ou 1 an et demi où la patiente va voir le médecin, le psychologue, on va discuter.*

Lise: *J'ai vu qu'il fallait 6 mois de délai avant de pouvoir demander le processus de la post-mortem.*

Dr Habran: *Oui, c'est ça, il y a 6 mois de délai entre le décès et la demande. Avant, c'était 6 mois à 2 ans et maintenant, c'est passé de 6 mois à 5 ans.*

Lise: *Est-ce que la décision revient aux psychologues et à vous pour la post-mortem?*

Dr Habran: *Oui, on fait des commissions une fois par mois pour tous les cas complexes. Nos 3 psychologues sont là, les différents médecins du centre sont là, les biologistes sont conviés et il y a souvent 1 ou 2 infirmières du centre qui sont là. On discute de tous nos couples. On discute d'office en commission des projets "femmes seules", les projets de GPA et les projets post-mortem également. On discute et c'est le psychologue qui s'est entretenu avec la patiente qui présente le projet et explique ses craintes et comment il sent la patiente. C'est vrai que c'est compliqué. Je ne peux pas dire que je suis favorable et que je trouve que ce soit la meilleure idée.*

Lise: *Vous faites donc un vote à la suite de ces commissions pour voir si le projet aboutira ou pas?*

Dr Habran: *Oui, effectivement, c'est un vote, mais on dit souvent que ça ne doit pas être 50/50. Il faut qu'une grosse majorité soit d'accord, et si jamais il y a des "NON", on en rediscute.*

Lise: *Les psychologues ont donc une grosse responsabilité.*

Dr Habran: *Oui, c'est ça.*

Lise: *Est-ce qu'au niveau médical, il y a une différence entre la PMA classique et la post-mortem?*

Dr Habran: *Ça ne change rien, la technique est exactement la même. Mais effectivement, quand on décongèle un embryon et que c'est un embryon de couple, on est censé avoir les 2 signatures pour dire que les 2 sont d'accord, alors que pour la post-mortem, il n'y a qu'une signature et qu'ils ont signé au préalable la convention.*

Lise: *Est-ce que je pourrais avoir une copie de vos conventions?*

Dr Habran: *Oui, pas de problème. Nous avons une convention relative aux embryons surnuméraires qui sont congelés. Il y a les embryons frais qu'on met directement après la ponction et il y a ceux en plus qu'on va congeler.*

Dans nos conventions, les patients s'engagent à être d'accord que le centre puisse congeler ses embryons, qu'ils vont être conservés pendant 5 ans et c'est pris en charge par la mutuelle. La congélation peut altérer un peu la qualité. Si on veut transférer les embryons dans un autre centre, il y a des forfaits administratifs. On a aussi une feuille explicative sur le déroulement d'une FIV. On dit que la convention est valable pendant 5 ans et que si jamais on veut la modifier, on peut le faire à tout moment. On peut même prolonger le temps de conservation des embryons. Chez nous, on peut prolonger de 2 ans en plus, mais il faut payer. Après 5 années où je n'ai pas utilisé mes embryons congelés, que puis-je faire? Ils peuvent être donnés, détruits ou intégrés à un programme de recherche.

Nous avons arrêté de faire le don, car c'est compliqué. Au sein d'un couple, il manque souvent des spermatozoïdes ou des ovocytes, mais il manque rarement les deux, et il est rare de faire des doubles dons œufs-spermatozoïdes, donc on n'a pas beaucoup de demandes pour des dons d'embryons. Puis ça reste quand même des patients qui ont fait un traitement de fécondation in vitro, qui ont des problèmes de fertilité, donc ça veut dire qu'on va donner des embryons qui n'ont pas la meilleure qualité. On préfère donc faire du don de gamètes.

Il y a donc le paragraphe sur le transfert post-mortem. Ils doivent marquer leur accord ou pas et signer.

Lise: Est-ce que le taux de réussite post-mortem est similaire à celui d'une PMA classique?

Dr Habran: Oui, les chances de transfert par embryons, on est autour de 35 à 45 % par embryon.

Lise: Est-ce que vous savez si d'autres centres pratiquent la post-mortem également?

Dr Habran: Je pense qu'à Liège nous sommes les seuls.

Lise: En ce qui concerne votre cas de post-mortem qui a abouti, elle a fait la demande après combien de temps?

Dr Habran: C'était au moment où le délai était à 2 ans et je pense qu'elle était tout pile et quand on a dit oui, soit c'est maintenant ou jamais, car il ne restait plus que 3 mois. Il y a eu plus de 1 an et demi de discussions.

Voilà, je pense qu'il y a plein de centres qui ne veulent pas le faire parce que c'est compliqué, que ça prend du temps et que c'est éthiquement compliqué. Pour nous, on s'est dit: "Voilà, la loi l'autorise, pourquoi est-ce que nous devons dire non alors que c'est possible?". C'est pour cela qu'on est dans l'optique qu'on laisse l'idée, mais ce n'est pas pour cela qu'on va dire oui à tous les projets.

Par exemple, pour les projets de GPA, on en fait de plus en plus. Pour les couples homosexuels qui ont un projet de GPA, on en a beaucoup discuté et on a fait un vote, et finalement, on les prend en charge. Il reste maintenant ce qu'on a de plus en plus: le CHU est le centre de référence pour les troubles de l'identité, les changements de sexe. Et donc, avant le changement de sexe, on nous demande de faire une préservation des gamètes. Ici, ce n'est pas encore totalement accepté au sein de notre équipe. C'est vrai que quand nous voyons ces personnes,

ils n'ont pas vraiment de réponse, car leur projet d'enfant n'est pas là, mais c'est plus leur trouble de l'identité qui est présent. On est d'accord de congeler, mais sachez quand même que si dans le futur vous avez un projet, on peut décider de ne pas poursuivre, mais on ne peut pas détruire leurs gamètes. S'ils trouvent un autre centre qui est d'accord pour le faire, on peut faire un transfert.

Lise: *Selon moi, ça me semble normal. Si on veut des enfants, il faut un suivi psychologique. C'est comme l'adoption, les parents qui souhaitent adopter doivent voir des assistants sociaux et d'autres experts.*

Dr Habran: *Nous n'avons pas d'assistants sociaux, nous n'avons pas ces moyens-là. Pour un couple hétéro qui a déjà des enfants chacun, on demande d'office qu'il y ait un entretien avec un psychologue, car vous avez déjà des enfants de chaque côté. On leur demande quand même pourquoi est-ce qu'ils veulent avoir des enfants à l'heure actuelle. Après, nous ne pouvons pas juger les demandes des patients. Il y a plein de gens qui viennent nous voir parce qu'ils pensaient à l'adoption, et finalement ça n'a pas fonctionné et ils demandent pour avoir un don. C'est vrai qu'on n'a pas d'assistante sociale, et parfois, on a déjà eu des cas assez compliqués où la mère consommait du cannabis et le père était en sevrage. Après, on leur pose la question, mais nous n'avons aucun droit sur eux. Mais c'est vrai que ça ne serait pas mal d'avoir peut-être une assistante sociale.*

Ce serait complètement hallucinant de faire un traitement de fécondation in vitro qui coûte 4 000,00 EUR si c'est pour que l'enfant soit retiré plus tard.

Lise: *Est-ce que le traitement est remboursé?*

Dr Habran: *Oui, c'est remboursé. Après, ce genre de cas peut parfois passer à la trappe.*

Lise: *Vous avez déjà dû refuser parfois des projets, car vous sentiez que ce n'était pas très stable comme projet?*

Dr Habran: *Oui! Quand il y a beaucoup d'enfants et que les parents sont séparés, on demande à la mère où sont les enfants et qui a la garde? Si c'est le père qui a la garde, on se dit déjà que c'est bizarre, et là, on creuse un peu plus et on peut appeler le médecin traitant et on peut dire non. S'il y a un enfant placé, ce n'est pas possible, c'est un refus direct.*

Lise: *Oui, vous effectuez quand même un travail de recherche.*

Dr Habran: *On essaie. Il y a quelques années, je n'étais pas encore là, mais un enfant est né d'une fécondation et on l'a placé.*

Lise: *Voilà, j'ai posé toutes mes questions. Je vous remercie pour votre expertise et pour votre temps.*

RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR STEPHANIE DEMELENNE

Le 12 avril 2024

A. Contact de la personne interrogée

Nom: DEMELENNE

Prénom: Stéphanie

E-mail: stephanie.demelenne@chc.be

Nom du centre: Centre PMA Groupe santé CHC

Profession: Gynécologue

B. Discussion

***Lise:** Bonjour. J'aimerais vous remercier pour votre temps et pour votre disponibilité. Je suis étudiante à HELMo en 3^{ème} année en droit et je suis en train de rédiger mon travail de fin d'études qui porte sur la procréation médicalement assistée post-mortem. J'aurais aimé connaître la position des centres de PMA en Belgique face à cette pratique. Puis-je enregistrer la discussion afin que je la retranscrive?*

***Dr Demelenne:** Oui, pas de souci. Je t'ai sorti toutes nos conventions de traitement et donc j'ai mis la convention de couple avec la décision qui a été prise dans le service, qui est de ne pas pratiquer la PMA post-mortem. "Par la présente, le centre informe les auteurs du projet parental qu'il exclut toute implantation post-mortem d'embryons surnuméraires". Nous nous basons sur la clause de conscience prévue par la loi.*

Nous, en tant que centre de PMA qui refusons de pratiquer la PMA post-mortem, avons tout de même l'obligation de la continuité des soins. Donc, on doit pouvoir proposer à un autre centre qui accepte de prendre en charge les patients.

Quand un couple signe comme quoi il souhaiterait qu'on utilise leurs embryons en post-mortem, on les réfère de leur vivant vers le centre qui potentiellement accueillera les embryons, puisque si la personne décède avant qu'ils n'aient signé à deux, ça n'a pas de sens. Tout ce qui est procréation en fécondation in vitro est un projet de couple et aucun des deux partenaires ne peut utiliser les embryons sans l'accord de l'autre. Il faut un accord préalable.

Tu peux également utiliser le sperme de ton mari qui a été congelé pour une insémination alors qu'il est décédé, même principe.

Les ovocytes, ça, je pense que c'est hors contexte, car je ne vois pas vraiment comment tu pourrais utiliser des ovocytes, voire avec une mère porteuse. C'est très compliqué comme situation et ce n'est pas d'actualité. Je ne pense pas qu'il y ait de cas de figure maintenant d'un mari qui voudrait faire un enfant avec les ovocytes de sa défunte. Il devrait trouver une mère porteuse.

Lise: En plus, pour la GPA, il n'y a pas vraiment de législation.

Dr Demellenne: En général, il n'y a pas de loi, mais c'est quand même bien structuré en Belgique, ce n'est pas condamnable. Il faut des bons contrats chez un avocat.

On a eu un couple où la dame était plus âgée, elle avait des embryons avec son ex-mari. Ils s'entendaient toujours bien et sont vivants tous les deux. Madame a voulu demander à son ex-mari si elle pouvait reprendre les embryons. De base, l'ex-mari lui dit oui, pourquoi pas. J'ai demandé à voir monsieur et on l'a envoyé chez l'avocat pour qu'il se renseigne un peu sur les conséquences. Le fait que madame récupère ses embryons fait de monsieur le père légitime de l'enfant avec pension alimentaire, responsabilité. Il pourrait réclamer la garde, elle pourrait lui dire qu'il doit assumer cet enfant, car c'est le sien, alors qu'ils ne sont plus ensemble.

En ce qui concerne nos couples qui ont un projet de post-mortem, on leur dit qu'on refuse cette pratique sur la clause de conscience. On les envoie dans un autre centre qui le pratique, où ils doivent rencontrer un des médecins du service et surtout la psychologue. Dans l'absolu, à titre personnel, je ne trouve pas cela très sain, je trouve cela curieux, mais je n'ai pas à juger. Le danger serait que ce ne soit pas quelque chose de logique au niveau psychologique.

Un projet plus cohérent, on a un monsieur qui déclare une maladie en plein milieu d'un projet parental. Ils ont eu un premier enfant, le mari tombe malade et ils décident de commun accord que pour la famille, ce serait bien d'avoir une fratrie unie et il autorise son épouse à utiliser les embryons à son décès, pour que l'enfant ne reste pas seul.

Lise: Quand j'ai eu mon entretien avec le docteur Habran, le seul cas qui a abouti était dans ce cas de figure-là.

Dr Demellenne: La continuité d'une structure familiale en cours.

La raison pour laquelle nous n'avons pas accepté de le faire, c'est que, par exemple, tous les centres n'ont pas les mêmes limitations, c'est laissé à notre propre initiative. On fait à chaque fois des groupes de travail et on se demande où allons-nous mettre nos limites, à part celle de la loi et de l'éthique pure. On s'est posé la question de l'âge des pères et de l'âge des mères. L'âge des mères est légiféré en Belgique: fécondation in vitro jusqu'à 43 ans, don d'ovocytes et demande jusqu'à 45 ans et puis remplacement des embryons jusqu'à 48 ans. Mais on a parfois des pères très âgés et parfois des couples très âgés. On s'est dit quand est-ce qu'on peut prédire qu'on n'est plus autorisé pour un homme à avoir des enfants.

Notre réflexion a été qu'on ne va pas mettre de limite d'âge, on va mettre une limite de ce qu'on met en place pour préserver sa bonne santé. Tu peux avoir un homme de 70 ans, non-fumeur, qui ne boit pas, sportif, suivi régulièrement, qui est en ordre de visite uro, colono, cardio. Cet homme-là a une espérance de vie de 20 ans.

Tu peux avoir, au contraire, un monsieur de 53 ans qui a fait 3 infarctus, qui continue à fumer, qui est obèse, qui ne traite pas son cholestérol, alors qu'il veut être père. Pour nous, ce n'est pas une situation favorable.

Comme on n'a pas mis de limites dans ce qu'on prenait en charge, notre seul critère est de dire "de faire tout en sorte pour que cet enfant connaisse ses parents" et donc c'est totalement antinomique d'aller dire "on veut que vous fassiez tout pour être là" et puis on autorise le fait qu'une mère puisse avoir un enfant d'office sans père. Ça n'est pas dans notre logique de travail, ce n'est pas cohérent avec notre discours.

Lise: *Votre centre a mis ces limites-là concernant les hommes, mais dans la loi il n'y a pas de limites.*

Dr Demellenne: *Non, c'est vrai. Il y a quelques études qui disent qu'au-delà de 55 ans, il y a une augmentation de certaines maladies. On les en informe.*

Lise: *J'ai également vu sur votre site que pour pouvoir entamer un projet PMA, il faut que le couple soit au moins ensemble depuis 1 an.*

Dr Demellenne: *Alors oui, ça, c'est très théorique. C'est très compliqué, car avec les nouvelles formules de vie, les choses changent. Il y avait d'abord la durée de 1 an, mais c'est compliqué à vérifier. Il y a les adresses, normalement c'est un couple qui habite sous le même toit, mais il y a beaucoup de reconstructions familiales avec des gens qui désirent ne pas habiter sous le même toit. Tout cela fait que ça s'effrite au fur et à mesure de l'évolution de la société.*

Nous travaillons donc avec un responsable qualité qui s'est occupé de toute la certification ISO et des procédures ici, et de celles du centre qui pratique la post-mortem.

Nous, notre objectif est de mettre tout en place pour que l'enfant à venir soit dans les meilleures conditions. Par exemple, pour les mères seules, on va demander et espérer qu'elles n'aient pas un rejet majeur des hommes, qu'elles soient autonomes financièrement et entourées au niveau familial et amical. On veille plutôt à l'image de l'homme dans la représentation de l'enfant à venir, aux conditions dans lesquelles il va être accueilli. Si c'est dans la précarité, la misère et la haine de l'homme, non, ce n'est pas possible. Il faut que ces femmes seules soient entourées pour que l'enfant ait une autre image masculine dans la vie.

Maintenant, au sein de l'équipe, nous n'avons aucune discordance. On reste groupé.

Lise: *Est-ce que vous avez des réunions où vous parlez de vos cas les plus complexes?*

Dr Demellenne: *Oui, tous les mois, on a des réunions médico-psychosociales où l'on va présenter tous les projets parentaux qui nous posent questionnement. Les questions qui reviennent souvent sont le nombre d'enfants, "Pourquoi et encore refaire d'autres enfants?".*

Lise: *Pour éviter aussi potentiellement un placement d'enfant.*

Dr Demellenne: *Si on a des doutes, on n'a pas vraiment le droit d'aller fouiller, donc notre façon d'avoir plus d'informations est de leur demander s'il y a un problème: "OK, vous êtes séparés mais qu'avez-vous comme régime de garde?".*

On n'a pas le droit de faire une enquête sur le patient et donc on transfère cela à un nouveau service, des fonds ont été débloqués pour essayer de dépister les futures maltraitances des

enfants. Ils ont donc reçu des budgets pour mettre en place une structure préconceptionnelle de prénatal et nous, en tant que médecins, on est impliqué dedans. Si on est interpellé par une situation qui nous inquiète, où on pense que l'enfant que l'on s'apprête à éventuellement concevoir pourrait être en danger, alors on transfère le dossier à ce nouveau service, qui lui a des assistances sociales, car ils ont eu un budget. Sinon, on n'avait pas les moyens avant de pouvoir faire cela.

La chose qui nous tient à cœur est "pourvu que cet enfant qu'on va aider à mettre au monde grandisse dans les meilleures conditions".

Lise: *Quand vous avez un couple pour une demande de projet PMA, est-ce que vous congelez directement leurs gamètes ou vous les fécondez?*

Dr Demellenne: *On féconde. La cryopréservation de sperme, c'est facile et pas cher, c'est 100,00 EUR/an. Donc, pour un monsieur qui est en déplacement et que sa femme souhaite faire des traitements, ce n'est pas trop compliqué. Il donne un éjaculat, on le cryopréserve dans de l'azote liquide et on sort les "pailles" et il signe chaque fois "OK" pour décongélation d'une paille.*

Pour les ovocytes, la vitrification des ovocytes, c'est un processus long, compliqué, coûteux et qui n'est pas du tout remboursé. La prise en charge d'une cryopréservation d'ovocytes est à peu près entre 500,00 et 1 500,00 EUR. Et ça résiste moins bien à la décongélation que les spermatozoïdes. Donc on fait des cryoconservations pour les femmes qui ne sont pas sûres d'avoir d'enfant. Mais dans un couple, on va toujours privilégier les embryons, car ils résistent beaucoup mieux à la congélation et à la décongélation. Le seul cas où on fait parfois les deux, c'est dans les cancers. Si on a une femme qui est en couple au moment où elle a un projet parental, on peut faire par exemple 3 embryons avec son conjoint et 15 ovocytes. Dans ce cas-ci, c'est pris en charge par la mutuelle.

Lise: *Voilà, j'ai posé toutes mes questions. Je vous remercie pour votre expertise et votre temps.*



DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
UNIVERSITE DE LIEGE

CENTRE DE PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE

Numéro : LSP/STO.06.COV
Version : 7 du 17/08/2023
Page 1 de 2

Hôpital de la CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
4000 Liège - Belgique
Tel : +32 4 321 65 75
Fax : +32 4 321 66 57
Web : <http://www.cpma-ulg.be>

Convention relative à la congélation de sperme avant PMA (FIV ou IAC)

Je soussigné,

NOM :

PRENOM :

Date Naissance :

Adresse mail@.....

DOMICILE : Rue..... N°

Code postal :..... Ville..... Pays :

I. Certifie :

1. Avoir été dûment informé, de manière extensive, des diverses implications de la congélation de sperme et notamment :
 - o Qu'une partie des spermatozoïdes, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation ;
 - o Qu'au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des spermatozoïdes peut également survenir dans diverses circonstances et que par conséquent le CPMA ne peut garantir ni être tenu responsable de la qualité des spermatozoïdes lors de la décongélation ;
 - o Qu'un, plusieurs ou la totalité de mes échantillons de sperme pourrai(en)t ne pas être congelé(s) ou conservé(s) en raison d'une qualité insuffisante, d'une sérologie inconnue ou encore positive pour certains pathogènes ;
 - o Que cette congélation est réalisée en l'absence d'une raison médicale spécifique, **en vue d'un traitement de procréation médicalement assistée** (inséminations intra-utérines ou fécondations in vitro) ;
 - o Que, de commun accord avec le CPMA, le délai de cryopréservation des gamètes est limité à **1 (UN) an**, à dater du jour de la congélation ;
 - o Que cette congélation est conditionnée au paiement, **au plus tard dans les deux mois suivant la congélation**, du montant prévu pour cet acte.
 - o Que le CPMA se garde le droit, suite à une évaluation pluridisciplinaire du projet parental, de refuser l'utilisation ultérieure des spermatozoïdes cryopréservés.
2. Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
 - o La présente convention peut à tout moment être modifiée de commun accord et avant exécution de la dernière instruction donnée. Le signataire de la convention initiale doit contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant son intention ;
 - o Au terme de cette année, le délai de conservation peut être prolongé à la demande du signataire, formulée par courrier recommandé, en raison de circonstances particulières. La demande de prolongation est sous la responsabilité du signataire de la convention initiale, le CPMA ne prend pas l'initiative de la reprise de contact.
3. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

II. Marque mon accord, sciemment et librement :

1. Au prélèvement de mon sperme, à son traitement et à sa cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure ;
2. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

III. Sollicite :

- Le CPMA pour la congélation de mon sperme avant PMA, pour une durée de 1an ;
- Par cette convention que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité du sperme le permette :
 - A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je marque mon accord pour que ces spermatozoïdes soient (cochez votre choix) :

- Détruits ;
- Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

Je choisis de destiner mon sperme au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) (cochez votre(vos) choix, au moins un des trois domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus) :

- Amélioration de techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques en relation avec le Matériel Corporel Humain reproducteur.

J'accepte que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire ou par un autre laboratoire indépendant du CPMA, dans le cadre de la Biothèque Hospitalo-Universitaire de Liège. Le sperme destiné à la recherche ne sera en aucun cas impliqués dans un projet parental. A défaut d'utilisation des gamètes destinés à la recherche scientifique, en tout ou en partie, dans un délai de 2 ans à dater de l'expiration du délai de conservation prévu dans cette convention, ceux-ci seront automatiquement détruits.

• **Insémination post-mortem**

Tel que prévu par la loi, la mise à disposition post-mortem de sperme est possible chez une patiente après le décès du partenaire. L'insémination post-mortem est autorisée en Belgique dans des conditions bien précises de réalisation prévues par la loi et pour autant que la demande soit clairement formulée au préalable sur la présente convention entre le CPMA et les 2 auteurs du projet parental initial.

Je demande expressément le recours aux possibilités d'insémination post-mortem de mon sperme cryopréservé (cochez votre choix) :

- Oui, uniquement en faveur de Madame :
NOM :
PRENOM :
Date de naissance :
- Non

Le CPMA se réserve la décision d'accepter ou non l'insémination post-mortem en fonction de l'évaluation pluridisciplinaire du projet parental de la patiente survivante.

Lu et approuvé,
Monsieur
(Date et signature)

Pour le CPMA
Le médecin en charge du dossier
(cachet et signature)

Fait à Liège, le en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.

CONVENTION RELATIVE AU DEVENIR DES EMBRYONS SURNUMERAIRES

Je (Nous) soussigné(e)(s),

NOM NOM

PRENOM PRENOM

Date de naissance Date de naissance

Adresse postale Rue Numéro :

Ville Code Postal Pays

Adresse mail

I. Certifie(ons) :

1. Avoir reçu les informations relatives aux embryons surnuméraires éventuellement générés par mon(notre) traitement de fécondation in vitro, qu'il s'agisse des embryons en surplus de ceux destinés au transfert frais ou de la totalité des embryons produits lorsque le transfert frais ne peut être effectué ;
2. Avoir compris ces informations et les avoir jugées suffisantes pour me(nous) permettre de prendre une décision réfléchie et responsable ;
3. Avoir été informé(e)(s) que tous les embryons ne résistent pas au processus de congélation et qu'une altération des conditions de cryopréservation peut survenir dans diverses circonstances. Je(Nous) accepte(ons) que le CPMA ne peut garantir ni être tenu responsable de la qualité des embryons lors de la décongélation ;
4. Avoir été informé(e)(s) que, en cas de souhait de transfert des embryons cryopréservés au sein d'un autre centre, un forfait administratif sera facturé et ce en plus du coût du transport. Le transfert transfrontalier n'est pas autorisé, sauf dans le cas d'un déménagement de la Belgique vers un autre pays membre de l'Union Européenne ;
5. Avoir pris connaissance du document d'informations relatives à la fécondation in vitro (FIV.06.INF) ;
6. Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
 - o La présente convention peut à tout moment être modifiée de commun accord et avant exécution de la dernière instruction donnée. Les signataires de la convention initiale doivent contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant leur intention ;
 - o Au terme du délai fixé par cette convention (cf. point III 1), une prolongation de la conservation des embryons congelés peut être demandée par courrier recommandé adressé au CPMA dans les DEUX mois qui précèdent la date d'expiration du délai. La demande de prolongation est sous la responsabilité du(des) signataire(s) de la convention initiale, **le CPMA ne prend pas l'initiative de la reprise de contact** ;
 - o La prolongation est limitée à DEUX (2) ans et peut être reconduite moyennant une nouvelle demande. Elle est soumise à l'accord du CPMA et conditionnée au paiement de frais de conservation dans les 60 jours suivant la réception de la nouvelle convention. A défaut de paiement, la demande sera considérée comme refusée et le CPMA exécutera la dernière instruction exprimée dans la convention précédente.

II. Sollicite(ons) : par cette convention, qu'à l'issue de notre traitement de fécondation in vitro, les dispositions suivantes soient prises concernant d'éventuels embryons surnuméraires, et ce pour autant que leur qualité le permette (*cochez votre choix*) :

- Je (Nous) ne souhaite(ons) PAS que ces embryons soient cryopréservés pour mon (notre) projet parental

Dans cette hypothèse, je (nous) marque(ons) notre accord pour que ces embryons soient (cochez votre choix) :

- Détruits ;
- Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

Je (Nous) souhaite(ons) que ces embryons soient cryopréservés pour mon (notre) projet parental

1. Le délai de conservation des embryons congelés est de CINQ (5) ans maximum, à dater du jour de la congélation.
2. A l'échéance de ce délai ou en cas de séparation, divorce, incapacité permanente de décision, décès d'un des membres du couple ou divergence d'opinion insoluble entre les conjoints, je(nous) marque(ons) mon(notre accord) pour que ces embryons soient (cochez votre choix) :

- Détruits ;
- Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

Je (Nous) choisis(sons) de destiner nos embryons surnuméraires au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) (cochez votre(vos) choix, au moins un des trois domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus) :

- Amélioration de techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA ;
- Autre

Je (Nous) accepte(ons) que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire ou par un autre laboratoire indépendant du CPMA, dans le cadre de la Bibliothèque Hospitalo-Universitaire de Liège. Les embryons destinés à la recherche ne seront en aucun cas impliqués dans un projet parental. A défaut d'utilisation des embryons destinés à la recherche scientifique, en tout ou en partie, dans un délai de 2 ans à dater de l'expiration du délai de conservation prévu dans cette convention, ceux-ci seront automatiquement détruits.

3. Transfert post-mortem

La mise à disposition d'embryons post-mortem est possible chez une patiente après le décès du (de la) partenaire. Le transfert d'embryon(s) post-mortem est autorisé en Belgique dans des conditions bien précises de réalisation prévues par la loi et pour autant que la demande soit clairement formulée au préalable sur la présente convention entre le CPMA et les 2 auteurs du projet parental initial.

Nous demandons expressément le recours aux possibilités de transfert post-mortem (cochez votre choix) :

- Oui
- Non

Le CPMA se réserve la décision d'accepter ou non un transfert post-mortem en fonction de l'évaluation pluridisciplinaire du projet parental de la patiente survivante.

Lu et approuvé
Madame/Monsieur
(Date et signature)

Lu et approuvé
Le/la partenaire
(Date et signature)

Lu et approuvé
Le médecin en charge du dossier
(cachet et signature)

Fait à Liège, le, en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.

Directeur CPMA : L. Henry

Responsable Qualité : F. Thonon

CHC-CLINIQUE MONTLEGIA - SERVICE DE PMA			
Consentement à l'utilisation post mortem de MACI cryopréervés		Page 1/2	
8203154	Version :	3.0	Date d'application
			30/03/2020

		
P013427	C081671	N01/02
HOMO HOMO		



Ans, le

Madame, Monsieur,

Il vous a été précisé dans la convention que vous avez signée concernant :

notre traitement de Procréation médicalement assistée

la cryopréservation de vos gamètes (ovocytes ou spermatozoïdes)

que le centre de PMA du CHC-Clinique MontLégia exclut toute utilisation post mortem de gamètes ou d'embryons cryopréervés, invoquant la clause de conscience prévue par la loi.

Si vous êtes en faveur d'une utilisation post mortem, le document suivant doit être joint à votre convention afin de spécifier cette disposition. Il permettra, le cas échéant (décès d'un des partenaires), le transfert des gamètes ou embryons cryopréervés dans un autre centre de PMA acceptant les traitements post-mortem. L'utilisation post mortem n'est pas systématique mais conditionnée au respect des dispositions de la loi du 06/07/2007 et des procédures du centre qui pratique les traitements post mortem. Cela implique que vous devez, dès à présent, prendre rendez-vous dans le centre qui vous sera renseigné pour y accomplir les formalités nécessaires.

Votre volonté ne pourra être respectée que si nous sommes en possession du document ci-joint que nous vous demandons dès lors de bien vouloir nous renvoyer dûment complété.

En vous remerciant, recevez l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Service de Médecine de la Reproduction
CHC-Clinique MontLégia

		
P013427	C081671	N02/02
HOMO HOMO		



Nous soussignés,

..... Né le/...../.....

..... Né le/...../.....

Domiciliés

• Autorisons l'utilisation post mortem :

des ovules de madame.....

des spermatozoïdes de monsieur.....

des embryons du couple,

(cocher 1 ou plusieurs possibilités)

en vue de leur utilisation post mortem pour la réalisation d'un projet parental en cours ou ultérieur.

• Demandons et autorisons le transport par le Service de PMA du CHC-Clinique MontLégia des gamètes ou embryons vers un centre de Procréation Médicalement Assistée agréé qui pratique les traitements post-mortem.

Fait à le

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé » des auteurs du projet parental:



P013427



C040212



N01/04

HOMO HOMO

CONVENTION ET CONSENTEMENT ECLAIRÉ FÉCONDATION IN VITRO AVEC OU SANS INJECTION INTRACYTOPLASMIQUE DE SPERMATOZOÏDE (ICSI)

La présente établit une convention pour un traitement de procréation médicalement assistée entre

- D'une part, le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHC-Clinique MontLégia, Boulevard Patience et Beaujonc 2, 4000 Liège, ici représenté par Le Docteur (cachet)
- D'autre part, les auteurs du projet parental

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Domiciliés à

Nous, les auteurs du projet parental, déclarons avoir été informés des différents projets parentaux possibles, en ce compris l'adoption, des techniques d'assistance médicale à la procréation.

Nous déclarons avoir demandé au centre de procréation médicalement assistée (PMA) du CHC - Clinique MontLégia de procéder à une fécondation in vitro (FIV) **avec ICSI si nécessaire** et transfert d'embryons.

Nous déclarons consentir au prélèvement et à l'utilisation de nos gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) en vue de réaliser un traitement de fécondation in vitro et transfert embryonnaire (FIV).

Nous déclarons avoir reçu la notice explicative destinée aux futurs couples FIV ainsi que l'invitation à participer aux séances d'information animées par l'équipe FIV chaque premier lundi du mois à 19h30 au CHC - Clinique MontLégia, Boulevard Patience et Beaujonc 2, 4000 Liège. La participation à ces séances nous a été vivement conseillée.

Nous déclarons avoir reçu les coordonnées des personnes habilitées à assurer un accompagnement psychologique avant et au cours du processus de procréation médicalement assistée. La participation à une consultation préalable à tout traitement nous a été vivement conseillée.

Il nous a été précisé les avantages et aussi les risques de la fécondation in vitro, tels qu'ils sont actuellement connus; il nous a été indiqué que la FIV avec ICSI est une technique plus récente (1993) dont toutes les complications ne sont pas nécessairement connues.

Les risques inhérents à toute FIV sont notamment des risques infectieux, hémorragiques liés au prélèvement des ovocytes, ceux liés à la stimulation de l'ovulation. Les risques sont rares mais peuvent être sérieux.

La transmission éventuelle de maladies génétiques, l'augmentation légère de malformations congénitales chez l'enfant, ainsi que l'augmentation des risques obstétricaux (durant la grossesse) ont aussi été rapportés.



P013427



CD40212



N02/04

HOMO HOMO

Nous avons pu, lors des consultations successives, obtenir auprès de l'équipe du centre PMA toutes les informations complémentaires que nous souhaitons et nous les avons comprises.

L'AR du 16 juin 2003 fixe le nombre maximum d'embryons à transférer en fonction de l'âge de la patiente et du nombre d'essais déjà réalisés. Après discussion avec l'équipe du centre PMA et en fonction de notre propre situation, le médecin décidera du nombre d'embryons à transférer afin de nous prémunir d'une grossesse multiple et nous en serons informés. Le transfert de plus de 1 embryon, comporte des risques qui doivent être clairement motivés.

Devenir des embryons frais non transférés :

Nous souhaitons que les **embryons** surnuméraires, et dès lors non utilisés, soient ¹ :

- Cryo-préservés en vue de procéder à une nouvelle tentative d'implantation pour la réalisation du projet parental en cours ou d'un projet parental ultérieur dans notre couple
- Détruits

Durée de cryo-préservation :

Nous avons été informés que le délai de cryo-préservation était limité à une période de **5 ans** qui débute au jour de la cryo-préservation et que le coût de cette procédure est couvert par l'assurance maladie (forfait B4) pour ces 5 années.

Nous désirons ¹ :

- Ne pas réduire ce délai
- Réduire ce **délai à une période déterminée de ans /mois**

Ce délai peut être prolongé pour une période d'**1 an**, en raison de circonstances particulières. Cette demande devra faire l'objet d'un document écrit, signé et envoyé par les auteurs du projet parental au centre de procréation médicalement assistée et celui-ci devra y répondre dans un délai raisonnable, fixé à 2 mois.

Si la prolongation est acceptée, un loyer annuel sera réclamé aux auteurs du projet parental. Si la prolongation est refusée, les auteurs du projet parental ont un délai de 2 mois pour organiser à leurs frais le transfert de leurs embryons vers une autre banque, à défaut de quoi, ces derniers seront détruits.

Devenir des embryons à l'issue du délai de cryo-préservation :

A l'expiration de la période de cryo-préservation, les embryons surnuméraires seront ¹ :

- Affectés à un programme de don anonyme d'embryons pour un couple infertile.** Cette disposition ne concerne ni les couples dont la patiente est âgée de plus de 35 ans et le patient de plus de 50 ans au moment de la Fécondation in vitro ni les couples ayant bénéficié d'un don de gamètes (ovules & spermatozoïdes). Si le don de vos embryons est votre option, le centre PMA vous fournira la convention/consentement éclairé spécifique au don. Nous avons été informés que le délai de cryo-préservation pour les embryons affectés à un programme de don d'embryons est limité à une période de **5 ans** qui débute à la date d'expiration de la période de cryo-préservation prévue pour notre projet parental.
Dans l'éventualité où nos embryons seraient non conformes pour un don anonyme ou non utilisés à l'issue des 5 ans, les embryons seront détruits.
- Détruits.** Par la présente nous autorisons expressément le Centre de PMA à détruire les embryons à l'expiration des délais qui nous concernent.

¹ Cocher une seule possibilité



P013427



C040212



N03/04

HOMO HOMO

Nous avons été informés que le centre de PMA du CHC-Clinique du MontLégia ne propose pas que les embryons surnuméraires non utilisés soient affectés à un programme de don à la recherche scientifique.

En accord avec les Art. 5, 13, 17 & 18 de la loi relative à la Procréation Médicalement Assistée du 9 mars 2007, le délai de convention de cryopréservation (par défaut de 5 ans) est ramené à 6 mois à partir d'un événement tel que une séparation, divorce, incapacité permanente de décision, divergence d'opinion insoluble, dépassement de l'âge légal de 47 ans par la génitrice à la date du transfert des embryons, du décès d'un ou des deux partenaires.

Le couple sera informé de cette date de destruction par courrier.

Par la présente, le centre de Procréation médicalement assistée, informe les auteurs du projet parental qu'il **exclut toute implantation post mortem** d'embryons surnuméraires, invoquant la clause de conscience prévue par la loi. Si le couple est en faveur d'une implantation post mortem, le formulaire **B0203F54** –Consentement à l'utilisation de MCH post mortem- daté et signé par les deux auteurs du projet parental doit être joint à la présente convention afin de spécifier cette disposition. Ce document permettra, le cas échéant (décès d'un des partenaires), le transfert des embryons dans un autre centre acceptant les traitements post-mortem suivant les modalités prévues par ce centre.

Si postérieurement à la signature de la présente convention, les auteurs du projet parental ne parviennent pas à trouver un accord sur l'affectation des embryons surnuméraires, le centre de fécondation in vitro consulté tiendra compte de la dernière instruction donnée de commun accord par les deux auteurs du projet parental.

Chacun d'entre nous peut à tout moment renoncer au projet de fécondation in vitro avec ou sans ICSI sans devoir se justifier.

Les présentes instructions des auteurs du projet parental peuvent être modifiées, sous réserve de l'expiration du délai de conservation des embryons surnuméraires.

Ces modifications doivent faire l'objet d'un document écrit signé par toutes les parties de la présente convention.

Par la présente, nous autorisons le Centre de PMA à utiliser nos gamètes et/ou embryons non conformes pour notre projet parental ou destinés à être détruits à l'issue de la durée légale de conservation à des fins d'amélioration continue de la qualité du service (validations en interne, formation du personnel du laboratoire de PMA)

Nous marquons notre accord pour que les données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA du CHC - Clinique MontLégia participant au traitement, et nous autorisons la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de Procréation Médicalement Assistée. Cette communication se fait sous forme codée afin que l'identité des personnes concernées ne soit pas révélée à l'organisme qui reçoit et analyse les données.

Nous autorisons, que les données médicales relatives à notre dossier et notre traitement, soient utilisées ultérieurement pour des projets d'étude, et mises à disposition des chercheurs après pseudo-anonymisation de notre identité et ce sans violation des règles RGPD d'application depuis mai 2018 (Règlement Général sur la Protection des Données).

Nous nous engageons à faire connaître sans délai au Centre de PMA du CHC – Clinique MontLégia tout changement de situation familiale ou de domicile. Si faute d'information mise à jour, à l'échéance des délais prévus, le centre ne peut recontacter les auteurs du projet parental et signataires de cette convention, les dispositions prises ici seront réalisées sans délais et sans autre avis.



P013427



C040212



N04/04

HOMO HOMO

Tout abandon de traitement *pour raisons personnelles*, non médicales, après réception des médicaments relevant du forfait A2/B2, entrainera le remboursement par le couple de la totalité du coût des médicaments délivrés par l'hôpital.

Fait à Liège, le

Signatures, précédées de la mention "Lu et approuvé".

Les auteurs du projet parental

Le Médecin

 P013427	 C081673	 N01/03
HOMO HOMO		

CONVENTION ET CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LA CRYOPRÉSERVATION DE SPERME

La présente établit une convention pour la cryo-préservation de sperme entre

- D'une part, le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHC – Clinique MontLégia, Boulevard Patience et Beaujonc 2, 4000 Liège, ici représenté par le Docteur (cachet)/ Biologiste

- D'autre part, l'auteur du projet parental, ses parents ou son tuteur,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Domicilié à

.....

Je déclare avoir demandé au centre de procréation médicalement assistée (PMA) du CHC-Clinique MontLégia une conservation du sperme par congélation pour la raison suivante ¹ :

- traitement Fécondation in vitro ou Insémination Intra-utérine**
- vasectomie**
- (préciser)

Je déclare consentir au prélèvement et à l'utilisation de mon sperme en vue d'une cryoconservation.

Il m'a été précisé les différents avantages mais aussi les risques inconvénients liés à la cryo-préservation du sperme. J'ai été averti que la cryo-préservation du sperme altère **toujours** la viabilité des spermatozoïdes. On considère généralement que la moitié seulement des spermatozoïdes vivants avant la congélation le seront toujours après décongélation. Cette proportion peut encore être diminuée si la qualité de l'échantillon de départ est mauvaise. Pour cette raison, la banque de sperme du CHC ne peut être tenue pour responsable de la qualité du sperme lors de la décongélation. J'ai pu, lors des consultations, obtenir auprès de l'équipe du centre PMA toutes les informations complémentaires que je souhaitais et je les ai comprises.

¹ Cocher une seule possibilité



P013427



C081673



N02/03

HOMO HOMO

Je suis informé qu'un **loyer de 100 € par an** sera réclamé dès la fin de la première année de conservation quel que soit le nombre de dons et de paillettes. Ce loyer fera l'objet d'une indexation annuelle. En cas de non paiement, je m'expose à une procédure de mise au contentieux.

Durée de cryo-préservation :

J'ai été informé que le délai de cryo-préservation était limité à une période de **10 ans** qui débute au jour de la cryo-préservation.

Je désire ¹

- Ne pas réduire ce délai**
- Réduire ce délai à une période déterminée de ans / mois**

Ce délai peut être prolongé plusieurs fois pour une période d'**1 an** ou plus, en raison de circonstances particulières. Cette ou ces demande(s) devront faire l'objet d'un document écrit et signé envoyé par celui qui a sollicité la cryoconservation, ses parents ou son tuteur, au centre de procréation médicalement assistée et auquel celui-ci devra répondre dans un délai raisonnable, fixé à 2 mois.

Si la prolongation est acceptée, le loyer annuel de 100 € reste applicable. Si la prolongation est refusée, l'auteur du projet parental, ses parents ou son tuteur ont un délai de 2 mois pour organiser à leurs frais le transfert des paillettes de sperme vers une autre banque, à défaut de quoi, ces dernières seront détruites.

Devenir des pailles de sperme à l'issue du délai de cryo-préservation :

A l'expiration de la période de cryo-préservation, le sperme sera détruit. Par la présente j'autorise expressément le Centre de PMA à détruire le sperme à l'expiration des délais qui me concerne.

Nonobstant la demande de cryopréservation, le délai de cryopréservation est ramené à 6 mois à partir d'un événement tel que le décès de l'auteur du projet parental ou s'il était atteint d'une incapacité permanente de décision.

Par la présente, le centre de Procréation médicalement assistée, informe l'auteur du projet parental qu'il exclut toute insémination post mortem avec le sperme cryopréservé, invoquant la clause de conscience prévue par la loi. Si le patient est en faveur d'une insémination post mortem, le formulaire **B0203F54** – Consentement à l'utilisation de MCH post Mortem- daté et signé par lui-même doit être joint à la présente convention afin de spécifier cette disposition. Ce document permettra, le cas échéant (décès du patient), le transfert des pailles de sperme dans un autre centre acceptant les traitements post-mortem suivant les modalités prévues par ce centre. En l'absence de ce document, les pailles de sperme seront détruites dès lors que la demandeur décèderait ou serait atteint d'une incapacité permanente de décision.

¹ Cocher une seule possibilité



P013427



C081673



N03/03

HOMO HOMO

Sous réserve de l'expiration du délai de conservation des gamètes surnuméraires, les présentes instructions peuvent être modifiées à tout moment par un document écrit, signé par toutes les parties à la présente convention.

Je marque mon accord pour que les données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA du CHC- Clinique MontLégia participant au traitement, et j'autorise la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de Procréation Médicalement Assistée. Cette communication se fait sous forme codée afin que l'identité des personnes concernées ne soit pas révélée à l'organisme qui reçoit et analyse les données.

Je m'engage à faire connaître sans délai au Centre de PMA du CHC- Clinique MontLégia tout changement de domicile.

Fait à Liège, le

Signature, précédée de la mention "Lu et approuvé",

Celui qui a sollicité la cryoconservation, ses parents ou son tuteur

Le Médecin



P013427



C081674



N01/04

HOMO HOMO

CONVENTION ET CONSENTEMENT ECLAIRÉ

POUR LA CRYOPRÉSERVATION D'OVOCYTES A VISÉE PRÉSERVATOIRE

La présente établit une convention pour la cryo-préservation de d'ovocytes entre :

D'une part, le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHC-Clinique MontLégia, Boulevard Patience et Beaujonc 2, 4000 Liège, ici représenté par Le Docteur (cachet)

D'autre part, la demandeuse,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Domiciliée à

.....

Je déclare avoir demandé au centre de procréation médicalement assistée (PMA) du CHC- Clinique du MontLégia une conservation d'ovocytes par congélation pour la raison suivante ¹ :

- Menace d'insuffisance ovarienne
- Préservation de la fertilité avant traitement cytotoxique
- Prévention du vieillissement ovarien
- Suite à mon traitement de fécondation in vitro
- Pour éviter la congélation embryonnaire / excessive

Je déclare consentir au prélèvement et à l'utilisation de mes ovocytes en vue d'une cryopréservation.

Il m'a été précisé les différents avantages mais aussi les risques et inconvénients liés à la cryo-préservation d'ovocytes et le caractère encore **récent** de la technique à ce jour.

J'ai été informée que :

- Les meilleures chances de grossesse restent la conception naturelle avant 35 ans. La PMA est moins efficace à partir de 35 ans.
- La congélation des ovocytes ne constitue jamais une certitude de grossesse pour le futur même si la survie à la dévitrification est de 85 à 95%.

¹ Cocher une seule possibilité



P013427



C081674



N02/04

HOMO HOMO

- Le taux de grossesses est inversement corrélé à l'âge de la mère au moment de la congélation: chaque année en plus diminue les chances de grossesses de 7%. L'insuffisance ovarienne diminue les résultats de 20 %.
- Le taux de naissances vivantes est de l'ordre de 4 à 6 % par ovocytes matures vitrifiés, et reste intimement lié à l'âge de la mère lors de la congélation
- Nous disposons actuellement d'un recul limité pour estimer la santé des enfants nés après cette technique, les résultats cumulés sont rassurants (un millier de naissances) mais insuffisantes pour tirer des conclusions définitives.
- Le recours à la stimulation et au prélèvement d'ovocytes implique des techniques pour lesquelles il existe des risques d'effets secondaires estimé à 1%. Ces risques inhérents à toute FIV sont notamment des risques infectieux, hémorragiques liés au prélèvement des ovocytes, ceux liés à la stimulation de l'ovulation. Les risques sont rares mais peuvent être sérieux. La transmission éventuelle de maladies génétiques et l'augmentation légère de malformations congénitales chez l'enfant a aussi été rapportée.
- Les coûts imputés aux médicaments nécessaires pour la stimulation ovarienne ainsi que ceux lié au travail de laboratoire (collecte ovocytaire, congélation, préservation à long terme) ne sont pas pris en charge par la mutuelle et son entièrement à charge de la patiente et à verser avant la procédure médicale. Un devis personnalisé basé sur l'assurabilité de la patiente sera établi sur demande par madame Garnier 04/355.42.73 ou carine.garnier@CHC.be.

L'ensemble de ces informations est basé sur les connaissances scientifiques récentes (2014).

J'ai pu, lors des consultations, obtenir auprès de l'équipe du centre PMA toutes les informations complémentaires que je souhaitais et je les ai comprises.

Je déclare avoir reçu la notice explicative destinée aux patientes ayant recours à la FIV ainsi que l'invitation à participer aux séances d'information animées par l'équipe FIV chaque premier lundi du mois à 19h30 au CHC – Clinique MontLégia, Boulevard Patience et Beaujonc 2, 4000 Liège. La participation à ces séances m'a été vivement conseillée.

Nous déclarons avoir reçu les coordonnées des personnes habilitées à assurer un accompagnement psychologique avant et au cours du processus de procréation médicalement assistée. La participation à une consultation préalable à tout traitement nous a été vivement conseillée.

Je suis informé du prix du **loyer de conservation qui s'élève à 100 € par an** quels que soit le nombre de dons dans l'année. Ce loyer fera l'objet d'une indexation annuelle. En cas de non paiement, je m'expose à une procédure de mise au contentieux. Des frais supplémentaires pourront être demandés qui seront fonction de ma couverture par la sécurité sociale et des modalités de remboursement en vigueur au moment de la congélation et/ou de la mise en fécondation.

Durée de cryo-préservation :

En accord avec les Art. 5, 13, 17 & 18 de la loi relative à la Procréation Médicalement Assistée du 9 mars 2007, le délai de cryoconservation des gamètes en vue de la réalisation d'un projet parental ou d'un projet parental ultérieur est par défaut fixé à 10 ans. Il débute au jour de la cryopréservation.



P013427



C081674



N03/04

HOMO HOMO

Je désire ¹

- Ne pas réduire ce délai
- Réduire ce délai à une période déterminée de ans / mois

Devenir des ovocytes à l'issue du délai de cryo-préservation :

Le délai de cryopréservation de 10 ans (par défaut) peut être prolongé plusieurs fois pour une période d'1 an ou plus, en raison de circonstances particulières. Cette ou ces demande(s) devront faire l'objet d'un document écrit et signé envoyé par celle qui a sollicité la cryoconservation au centre de procréation médicalement assistée et auquel celui-ci devra répondre dans un délai raisonnable, fixé à 2 mois.

Si la prolongation est acceptée, le loyer annuel indexé de 100 € sera applicable quelle que soit la raison de conservation.

Si la prolongation est refusée, la demandeuse a un délai de 2 mois pour organiser à ses frais le transfert des ovocytes vers une autre banque, à défaut de quoi, ces derniers seront détruits :

A l'expiration de la période de cryo-préservation, les ovocytes seront ¹ :

- Affectés à un programme de don anonyme d'ovocytes pour un couple infertile.** Cette disposition ne concerne pas les patientes âgées de plus de 35 ans au moment de la congélation. En cas de don, le centre PMA vous fournira la convention/consentement éclairé spécifique au don, un questionnaire et un bilan sanguin à réaliser. Nous avons été informés que le délai de cryo-préservation pour les ovocytes affectés à un programme de don d'ovocytes est limité à une période de **5 ans** qui débute à la date d'expiration de la période de cryo-préservation prévue pour votre projet parental.
- Détruits par le centre de PMA du CHC-Clinique MontLégia.**

J'ai été informée que le centre de PMA du CHC-Clinique du MontLégia ne propose pas que les gamètes surnuméraires non utilisés soient affectés à un programme de don à la recherche scientifique.

Sous réserve de l'expiration du délai de conservation des gamètes surnuméraires, les présentes instructions peuvent être modifiées à tout moment par un document écrit, signé par toutes les parties à la présente convention.

Par la présente, le centre de Procréation médicalement assistée, informe l'auteure potentielle du projet parental qu'il exclut toute utilisation post mortem des ovocytes congelés, invoquant la clause de conscience prévue par la loi. Si la patiente est en faveur d'une utilisation post mortem de ses ovocytes, le formulaire **B0203F54** –Consentement à l'utilisation de MCH post Mortem- daté et signé par elle doit être joint à la présente convention afin de spécifier cette disposition. Ce document, permettra le cas échéant (décès de la patiente) le transfert des ovocytes dans un autre centre acceptant le traitement

¹ Cocher une seule possibilité

 P013427	 C081674	 N04/04
HOMO HOMO		

post-mortem suivant les modalités prévues par ce centre. En l'absence de ce document, les ovocytes seront détruits dès lors que la demandeuse décèderait, serait atteinte d'une incapacité permanente de décision.

Par la présente, j'autorise expressément le Centre de PMA à détruire les ovocytes à l'expiration des délais qui me concernent.

Je marque mon accord pour que les données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA du CHC-Clinique du MontLégia participant au traitement, et j'autorise la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de Procréation Médicalement Assistée. Cette communication se fait sous forme codée afin que l'identité des personnes concernées ne soit pas révélée à l'organisme qui reçoit et analyse les données.

Je m'engage à faire connaître sans délai au Centre de PMA du CHC-Clinique MontLégia tout changement de domicile.

Fait à Liège, le

Signature, précédée de la mention "Lu et approuvé",
La demandeuse

Le Médecin



Centre PMA de la Province de

FECL162B

Version 1.1

Date d'application : 29/08/2023

Convention relative à l'usage post-mortem de MCH cryopréservé

(Exemplaire patientes)

**Liant – Hôpital de représenté par le Docteur Gestionnaire de la banque
de matériel corporel humain, désigné ci-après en termes de « + d'une part,**

et

Madame (1) Madame (2)

Née le Née le

Domiciliée Domiciliée

.....

.....

(patiente dont les ovocytes ont été prélevés)

(partenaire)

Il convenu ce qui suit.

Nous soussignées,

Déclarons avoir été informées des différentes affectations possibles pour les embryons cryo-préservés et avoir choisi librement et sans contrainte, de prévoir un usage post-mortem tel que défini dans la Loi du 06 juillet 2007(modifiée par la Loi du 09 juillet 2023. En particulier, nous **avons compris** qu'il ne pourra être procédé à l'implantation post-mortem d'embryons surnuméraires qu'au terme d'un délai de six mois prenant cours au décès de l'une des auteures du projet parental et, au plus tard, dans les cinq ans qui suivent le décès de ladite auteure.

Avons été informées que :

- L'utilisation post mortem d'embryons n'est pas systématique, qu'un suivi psychologique et médical sera obligatoire et qu'un refus au terme de ces entretiens psychologiques et médicaux reste possible.
- Le Centre PMA de peut invoquer une clause de conscience pour refuser l'utilisation post-mortem d'embryons. En cas de refus, la partenaire survivante aura la possibilité néanmoins de demander par courrier recommandé et d'organiser à ses propres frais le transfert du MCH vers une autre banque MCH.
- Le centre doit impérativement recevoir un document officiel de notification du décès par envoi recommandé.
- Pendant la période de cinq ans, les conditions usuelles de paiement des droits de dépôt restent en vigueur.
- Au terme de cette période, le centre PMA détruira automatiquement le MCH. Aucune possibilité de prolongation ne sera possible.

Demandons à de prolonger la conservation des embryons pendant la période légale de 5 ans afin qu'ils puissent être mis à la disposition de :

Madame (1)

Demandons à de prolonger la conservation des embryons pendant la période légale de 5 ans afin qu'ils puissent être mis à la disposition de ma partenaire :

Madame (2)

(à barrer si un des membres du couple ne désire pas bénéficier d'un usage post-mortem).



Convention relative à l'usage post-mortem de MCH cryopréservé

Le Centre PMA invoque expressément une clause de conscience quant au recours à une mère porteuse. La partenaire survivante aura la possibilité néanmoins de demander par courrier recommandé le transfert des embryons vers une banque MCH qui accepterait la réimplantation d'embryons surnuméraires chez une mère porteuse. Les démarches vers ce centre de PMA/banque MCH doivent être accomplies du vivant des deux partenaires et à leur seule initiative.

Avons été vivement conseillées par le Centre PMA de consulter un notaire ou un avocat spécialisé en droit familial afin d'être informé sur les conséquences juridiques d'une telle procédure.

Marquons notre accord pour que les données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA de _____ – Hôpital de _____ et autorisons la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de Procréation Médicalement Assistée. Cette communication se fait sous forme codée en accord avec le droit du patient à la protection des données et au respect de la vie privée.

Nous engageons à communiquer au centre tout changement d'état civil ou de domicile.

Fait à le / / en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare en avoir reçu un.

Dr

Signature Madame
Précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Signature Partenaire
Précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Convention relative à l'usage post-mortem de MCH cryo préservé

(Exemplaire patients)

Liant - Hôpital de _____, représenté par le Docteur _____ **Gestionnaire de la banque**
de matériel corporel humain, désigné ci-après en termes de « _____ **» d'une part,**

et

Madame	Monsieur
Née le	Né le
Domiciliée	Domicilié
.....
.....

Il convenu ce qui suit.

Nous soussignés,

Déclarons avoir été informés des différentes affectations possibles pour les gamètes et embryons cryo préservés et avoir choisi librement et sans contrainte, de prévoir un usage post-mortem tel que défini dans la Loi du 06 juillet 2007 (modifiée par la Loi du 09 juillet 2023). En particulier, nous **avons compris** qu'il ne pourra être procédé à l'insémination post-mortem de spermatozoïdes ou à l'implantation post-mortem d'embryons surnuméraires qu'au terme d'un délai de six mois prenant cours au décès de l'auteur du projet parental et, au plus tard, dans les cinq ans qui suivent le décès dudit auteur.

Avons été informés que :

- L'utilisation post-mortem de spermatozoïdes ou d'embryons n'est pas systématique, qu'un suivi psychologique et médical sera obligatoire et qu'un refus au terme de ces entretiens psychologiques et médicaux reste possible.
- Le Centre PMA de _____ peut invoquer une clause de conscience pour refuser l'utilisation post-mortem de spermatozoïdes ou d'embryons. En cas de refus, la partenaire survivante aura la possibilité néanmoins de demander par courrier recommandé et d'organiser à ses propres frais le transfert du MCH vers une autre banque MCH.
- Le centre doit impérativement recevoir un document officiel de notification du décès par envoi recommandé.
- Pendant la période de cinq ans, les conditions usuelles de paiement des droits de dépôt restent en vigueur.
- Au terme de cette période, le centre PMA détruira automatiquement le MCH. Aucune possibilité de prolongation ne sera possible.
- Le Centre PMA exclut expressément l'usage post-mortem de spermatozoïdes de donneurs allogéniques

Moi, le conjoint, demande à _____, de prolonger la conservation de mes spermatozoïdes

pendant la période légale de 5 ans afin qu'ils puissent être mis à la disposition de ma partenaire :

Madame



Convention relative à l'usage post-mortem de MCH cryo préservé

Demandons à _____ de prolonger la conservation de nos **embryons**

pendant la période légale de 5 ans afin qu'ils puissent être mis à la disposition de ma partenaire :
 Madame

pendant la période légale de 5 ans afin qu'ils puissent être mis à la disposition de mon partenaire :
 Monsieur

Dans le cas du décès de la partenaire, le Centre PMA invoque expressément une clause de conscience. Le partenaire survivant aura la possibilité néanmoins de demander par courrier recommandé le transfert des embryons vers une banque MCH qui accepterait la réimplantation d'embryons surnuméraires chez une mère porteuse. Les démarches vers ce centre de PMA/banque MCH doivent être accomplies du vivant des deux partenaires et à leur seule initiative.

(à barrer si un des membres du couple ne désire pas bénéficier d'un usage post-mortem).

Avons été vivement conseillés par le Centre PMA de consulter un notaire ou un avocat spécialisé en droit de la famille afin d'être informé sur les conséquences juridiques d'une telle procédure.

Marquons notre accord pour que les données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA de _____ - Hôpital de _____ et autorisons la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de Procréation Médicalement Assistée. Cette communication se fait sous forme codée en accord avec le droit du patient à la protection des données et au respect de la vie privée.

Nous engageons à communiquer au centre tout changement d'état civil ou de domicile.

Fait à le / / en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare en avoir reçu un.

Dr

Signature Madame
Précédée de la mention
 « Lu et approuvé »

Signature Monsieur
Précédée de la mention
 « Lu et approuvé »



Convention et consentement éclairé relatifs à une FIV (avec ou sans ICSI) et au devenir des embryons surnuméraires

(Exemplaire patients)

Liant – Hôpital de , représenté par le Docteur , Gestionnaire de la banque
de Matériel Corporel Humain,

et

Madame Monsieur

Née le Né le

Domiciliée Domicilié

Il est convenu ce qui suit.

Nous soussignés, les auteurs du projet parental,

Déclarons avoir été informés par le Dr avant le début du traitement :

- Des différents projets parentaux possibles ainsi que des techniques d'assistance médicale à la procréation disponibles. Nous avons reçu cette information lors des consultations sous la forme d'une brochure dans laquelle les aspects de la prise en charge sont discutés.
- Des risques inhérents à toute procédure de FIV dont notamment ceux liés à la stimulation et l'induction de l'ovulation, des risques hémorragiques et infectieux liés au prélèvement des ovocytes. Ces risques sont rares mais peuvent être sérieux. Il nous a été précisé que l'ICSI est une technique plus récente (1993) dont toutes les conséquences ne sont pas nécessairement connues.
- Que la transmission éventuelle de maladies génétiques, l'augmentation légère de malformations congénitales chez l'enfant, ainsi que l'augmentation des risques obstétricaux (durant la grossesse) ont aussi été rapportés.
- Des risques obstétricaux et néonataux liés aux grossesses multiples en cas de réimplantation de plusieurs embryons.
- Des aspects médicaux et légaux au regard des Lois du 06 juillet 2007 relative à la Procréation Médicalement Assistée et du 19 décembre 2008 relative à l'Obtention et l'Utilisation de Matériel Corporel Humain (dans le cas présent, les ovocytes de Madame, le sperme de Monsieur et les embryons du couple dans le cadre du projet parental constituent le MCH).
- Que le traitement constitue de la part du Centre PMA de un engagement d'effort et que le succès du traitement ne peut pas être assuré.
- Qu'un accompagnement psychologique est organisé et qu'une consultation est obligatoire; le centre tient à disposition les coordonnées de personnes habilitées à assurer cet accompagnement.
- Que le centre se réserve le droit de reporter ou d'annuler le prélèvement et/ou la réimplantation sur décision médicale.



Convention et consentement éclairé relatifs à une FIV (avec ou sans ICSI) et au devenir des embryons surnuméraires

Dans le cadre de la procédure de FIV (avec ou sans ICSI)

- Déclarons avoir demandé au centre de procréation médicalement assistée (PMA) de -
Hôpital de de procéder à un traitement par fécondation in vitro et transfert
d'embryon(s) (FIVETE) avec ICSI si nécessaire. Dans le cadre de ce projet parental, nous
déclarons consentir au prélèvement et à l'utilisation de nos gamètes (ovocytes et
spermatozoïdes) en vue de la réalisation de ce traitement.
- Avons déterminé après discussion avec notre gynécologue et conformément à la AR du 4 juin
2003, le nombre d'embryons à transférer. Dans l'hypothèse du transfert de plusieurs
embryons, nous avons été informés du risque de grossesses multiples ainsi que des
conséquences.
- Avons pu obtenir auprès de l'équipe PMA, lors des consultations successives, toutes les
informations complémentaires que nous souhaitions et nous les avons comprises.
- Sollicitons par cette convention que les dispositions suivantes soient prises :

Possibilité de cryopréservation des embryons surnuméraires

Avec l'accord des auteurs du projet parental, les embryons surnuméraires issus d'une tentative de FIV
peuvent être préservés par congélation.

Par ailleurs, il ne pourra être procédé à de nouveaux prélèvements d'ovocytes pour constituer d'autres
embryons tant que lesdits auteurs disposeront encore d'embryons surnuméraires cryopréservés.

Nous souhaitons que :

- Ces embryons surnuméraires éventuels soient congelés en vue de la réalisation d'un projet
parental ultérieur.
- Ces embryons surnuméraires éventuels **ne soient pas** congelés et soient dès lors détruits par
le Centre PMA de - Hôpital de

(Cochez votre choix)

Nous sommes informés que :

Lors de chaque implantation d'embryons surnuméraires cryopréservés, les deux auteurs du projet parental
doivent, préalablement à toute démarche médicale, avoir marqué leur consentement effectif à cette nouvelle
implantation en signant le document FECLI66 - Consentement au transfert d'embryon(s) congelé(s)
spécifiant le nombre d'embryon(s) à transférer.

En cas d'absence du conjoint le jour du transfert, ce document complété et signé par le couple doit être en
possession du centre **avant** le transfert accompagné d'une copie d'un document d'identité valide.

Durée de cryopréservation des embryons surnuméraires

Conformément à l'Art. 17 de la Loi du 06 juillet 2007 relative à la Procréation Médicalement Assistée, le délai
de cryoconservation des embryons surnuméraires est de 5 ans. Il débute au jour de la cryoconservation.

Nous souhaitons :

- Ne pas réduire ce délai
- Réduire ce délai à une période déterminée de ans / mois

(Cochez votre choix)



Convention et consentement éclairé relatifs à une FIV (avec ou sans ICSI) et au devenir des embryons surnuméraires

Prolongation du délai de cryopréservation

Au terme du délai de cryopréservation initial (5 ans), la conservation des embryons peut être prolongée pour une période de 2 ans, **en raison de circonstances particulières**. Cette demande de prolongation est **sous la responsabilité des auteurs** du projet parental. Elle devra être formulée par écrit, signée par toutes les parties signataires à la convention initiale et envoyée par courrier recommandé au centre PMA de [redacted], à l'attention du Gestionnaire, dans les 2 mois qui précèdent l'expiration de délai de conservation initial. Le centre devra y répondre dans un délai raisonnable de 2 mois.

Si la prolongation est acceptée, elle fera l'objet d'une nouvelle convention et sera conditionnée par le paiement des frais de conservation. Ces frais s'élèvent à 50 €/an (soit 100 € pour la période de 2 ans). Le loyer sera applicable quelle que soit la raison de la prolongation de conservation. A défaut du versement de cette somme dans les 2 mois suivant la lettre d'accord de prolongation, la demande sera considérée comme refusée et les embryons seront détruits.

Si la prolongation est refusée, les auteurs du projet parental auront un délai de 2 mois pour organiser à leurs frais le transfert de leurs embryons vers une autre banque, à défaut de quoi, ces derniers seront détruits.

Devenir des embryons surnuméraires cryopréservés

Nous avons été informés que le Centre PMA de [redacted] ne propose pas la possibilité d'intégrer les embryons surnuméraires dans un programme de recherche ni dans un programme de don anonyme d'embryons.

Nous comprenons dès lors qu'à l'échéance du délai de conservation de 5 ans, en l'absence de demande expresse de prolongation, de même, en cas de séparation, de divorce, d'incapacité permanente de décision de l'un de nous deux ou de divergence d'opinion insoluble entre nous, les embryons surnuméraires seront **DETRUITS** par le centre de PMA de [redacted].

En cas de **décès** de l'un de nous, nous demandons expressément le recours aux possibilités de transfert **post-mortem** du/des embryon(s) cryopréservés.

- | |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> NON : Les embryons surnuméraires cryopréservés seront détruits par le Centre PMA de [redacted]</p> <p><input type="checkbox"/> OUI : Il devra être procédé à un entretien psychologique en présence des deux membres du couple avec information et obtention d'un consentement spécifique à la réimplantation post-mortem (FECLI62- Convention relative à l'usage post-mortem de MCH cryopréservé). Nous sommes informés que l'implantation post-mortem n'est pas systématique, est soumise à des entretiens médicaux et psychologiques et n'est autorisée qu'au terme d'un délai de 6 mois prenant cours le jour du décès et au plus tard dans les 5 ans qui suivent ce décès. Ce délai, ne pouvant être prolongé, nous comprenons que les embryons seront détruits au terme de ces 5 années.</p> |
|--|

(Cochez votre choix)

Participation financière

Nous avons été informés de notre participation financière à ce traitement :

- Si la patiente est en ordre de Mutuelle en Belgique : remboursement des frais de laboratoire et des médicaments dont le remboursement est soumis à délivrance hospitalière et ce pour un maximum de 6 cycles, ventilés sur une ou plusieurs grossesses.
- Si la patiente est « hors remboursement » (non affiliée à une mutuelle en Belgique, plus de 42 ans ou plus de 6 cycles de FIV remboursés en Belgique) les tarifs repris dans **ANCLI01** - Liste des tarifs PMA hors remboursement, sont applicables.



Convention et consentement éclairé relatifs à une FIV (avec ou sans ICSI) et au devenir des embryons surnuméraires

Modification de la présente convention

Sous réserve de l'expiration du délai de conservation des embryons surnuméraires, la présente convention peut à tout moment être modifiée, jusqu'à l'accomplissement de la dernière instruction donnée. Les signataires de la convention initiale doivent, dans ce cas, notifier leurs intentions par courrier recommandé adressé à l'attention du Gestionnaire. Ces modifications feront l'objet d'un document écrit, signé par toutes les parties signataires de la convention initiale.

Si postérieurement à la signature de la présente convention, les auteurs du projet parental ne parviennent pas à trouver un accord sur l'affectation des embryons surnuméraires, le Centre PMA de _____ – Hôpital de _____ tiendra compte de la dernière instruction donnée de commun accord par les deux auteurs du projet parental.

Accords des parties

Par la présente, **nous autorisons** le Centre de PMA à utiliser nos gamètes et/ou embryons, non conformes pour notre projet parental ou destinés à être détruits à l'issue de la durée légale de conservation, à des fins d'amélioration continue de la qualité du service (validations en interne, formation du personnel du laboratoire de PMA).

Nous marquons notre accord pour que les données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA de _____ – Hôpital de _____ et autorisons la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de Procréation Médicalement Assistée. Cette communication se fait sous forme codée en accord avec le droit du patient à la protection des données et au respect de la vie privée.

Nous engageons à communiquer toute modification au sein de notre couple (séparation, divorce décès) ou changement de domicile, par lettre recommandée, au Centre PMA de _____ – Hôpital de _____. Le centre n'a aucune obligation de recherche quant à ces informations. L'absence de transmission de ces modifications dispense automatiquement _____ de tous les engagements découlant de la présente convention.

Nous avons pu, lors des consultations, **obtenir** après du Centre PMA toutes les informations nécessaires et suffisantes pour nous permettre de prendre une décision réfléchie et fondée. Chacun d'entre nous peut cependant à tout moment renoncer au projet de fécondation in vitro avec ou sans ICSI sans devoir se justifier.

Fait à le / / en 2 exemplaires originaux, dont chaque partie déclare en avoir reçu un.

Dr

Signature Madame
Précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Signature Monsieur
Précédée de la mention
« Lu et approuvé »