

Avoir un enfant autrement Procréation médicalement assistée



Sarah Naït-Djoudi

Troisième année baccalauréat
en droit

J'aimerais adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce travail de fin d'études.

Je remercie plus particulièrement mon promoteur, Maître Petre, notamment pour sa disponibilité, son soutien ainsi que ses précieux conseils.

Plan

Introduction

Chapitre I: définitions des notions

Section 1: procréation médicalement assistée

L'insémination artificielle

La fécondation in vitro

La gestation pour autrui

L'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes

Section 2: définitions diverses

Chapitre II: historique de la procréation médicalement assistée sous l'angle du droit

Section 1: situation antérieure à la loi de 2007

Sous-section 1: encadrement belge

Sous-section 2: encadrement international

Section 2: processus d'élaboration de la loi du 6 juillet 2007

Chapitre III: développement de la procédure

Section 1: champ d'application de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes

Sous-section 1: acteurs

Sous-section 2: différentes conditions d'accès

Sous-section 3: droit comparé

Section 2: déroulement de la procédure

Sous-section 1: insémination artificielle

Sous-section 2: fécondation in vitro

Sous-section 3: diagnostic génétique préimplantatoire

Section 3: coût de ces procédures

Sous-section 1: En Belgique

Sous-section 2: en France

Section 4: destination des embryons surnuméraires et gamètes

Sous-section 1: cryoconservation dans le cadre du projet parental ou en vue d'un projet parental ultérieur

Sous-section 2: affectation des gamètes ou des embryons surnuméraires à un programme de recherche

Sous-section 3: don de gamètes et d'embryons surnuméraires

Sous-section 4: procréation post mortem

Chapitre IV: contrôle et sanctions

Chapitre V: la gestation pour autrui

Section 1: différentes techniques et terminologie

Section 2: absence d'encadrement

Section 3: dans la pratique

Chapitre VI: filiation

Section 1: dans le cadre de la procréation médicalement assistée

Sous-section 1: sans intervention de tiers

Sous-section 2: PMA avec tiers donneur

Sous-section 3: la procréation post mortem

Section 2: dans le cadre de la gestation pour autrui

Conclusion

Avoir un enfant autrement

Procréation médicalement assistée

Introduction

Qu'y a-t-il de plus naturel que la conception d'un enfant? Malheureusement, cela peut parfois se révéler impossible.

"Avoir un enfant autrement", titre vague pourriez-vous me dire. Pas vraiment. L'explication de cet intitulé est très simple. Il s'agit d'avoir un enfant autrement que par des relations sexuelles.

En effet, certains problèmes de santé peuvent se mettre en travers de la route d'un couple qui désire fonder une famille: en cas d'infertilité ou de risque de maladie génétique par exemple. Vous pourriez leur rétorquer que la médecine a effectué des progrès immenses, que la technologie est désormais capable de s'immiscer dans ce processus biologique pour venir en aide à ceux que la nature a défavorisés, grâce à la **procréation médicalement assistée** notamment. Toutefois, dans toute matière où la science intervient pour tenter de déjouer "mère Nature", des problèmes d'éthique se posent. Jusqu'à quel point la médecine peut-elle "jouer" avec la vie?

Par ailleurs, à ces soucis d'ordre moraux s'ajoutent des problèmes de droit. Les droits de différentes parties peuvent être divergents.

Plusieurs interrogations vont naître de cette intervention de la médecine dans la conception. Qui pouvons-nous aider? Dans quels cas? À quel prix? Etc.

J'en suis donc venue à me poser cette question: dans notre pays, où le droit interfère de toute part au quotidien, qu'apporte-t-il sur le plan de la procréation médicalement assistée? Que permet-il, qu'interdit-il?

Il est important de signaler que la santé ne constitue pas le seul rempart à la procréation: l'homosexualité, ou tout simplement le fait d'être une femme seule, également. Par des pratiques telles que le don de gamètes ou d'embryons, voire la maternité de substitution, il n'est désormais plus nécessaire d'avoir une relation sexuelle avec une personne du sexe opposé pour avoir un enfant.

Comment cela est-il accueilli en Belgique, pays où le clivage religieux persiste quelque peu?

Nous verrons que le droit apporte des solutions, mais qu'il impose également des limites.

Néanmoins, les possibilités offertes par la médecine aux parents potentiels sont-elles toutes régies par notre droit? Les problématiques découlant de la procréation médicalement assistée sont-elles résolues grâce à la loi?

Je vais tenter d'illustrer la prise de position du législateur belge, quelles ont été ses priorités et de quelle façon il a résolu les nombreux dilemmes qui se présentent dans cette matière délicate qu'est la procréation médicalement assistée.

Pour ce faire, une analyse de la loi du 6 juillet 2007 sera nécessaire. Elle sera accompagnée d'une étude des travaux préparatoires. Ce qui nous permettra de mieux connaître le processus d'élaboration de la loi, les raisons qui ont mené à ce résultat de même que les débats qui l'ont précédé.

Un examen de la doctrine concernant la loi de 2007 sera également essentiel afin de mieux comprendre son contenu, de connaître ses lacunes et d'envisager les solutions préconisées par le Sénat.

Je ne pourrai pas passer sous silence les autres textes législatifs qui encadrent cette matière. Ils seront, eux aussi, abordés, afin de pouvoir connaître de façon plus détaillée le processus d'élaboration de la loi de 2007, la situation antérieure à son apparition, ainsi que de pouvoir répondre à des questions plus précises telles que le coût des procédures, ou encore les règles qui concernent la recherche scientifique.

Je m'attarderai quelques instants sur la problématique de la gestation pour autrui, pratique faisant polémique. Qu'en est-il en Belgique? Elle est pratiquée, certes, mais est-elle encadrée ou existe-t-il un vide juridique qui permet un "laisser-faire"?

Il s'agira donc par le biais de ce travail d'effectuer un relevé de documentation législative des alternatives à la procréation naturelle. Que peut faire un couple (hétérosexuel ou homosexuel) ou une personne seule pour avoir un enfant autrement que par voie naturelle lorsqu'il ou elle vit en Belgique?

Chapitre I: définitions des notions

Section 1: procréation médicalement assistée

Avant tout chose, afin d'assurer une meilleure clarté à ce travail de fin d'études, il est nécessaire de définir les principales notions relatives à ce sujet.

La procréation médicalement assistée consiste, comme son nom l'indique, en l'intervention de la médecine dans la conception d'un enfant.

Autrement dit, il s'agit de procréer, en dehors du processus naturel.

Elle regroupe plusieurs techniques à ne pas confondre:

- **L'insémination artificielle**

Cette technique se réalise par le placement de spermatozoïdes, sélectionnés au préalable parmi ceux d'un échantillon, directement dans l'utérus de la femme. On parle d'insémination artificielle "intra couple" lorsqu'il s'agit du sperme du conjoint et d'insémination artificielle avec don de sperme lorsqu'il provient d'un donneur anonyme. Dans ce cas, la fécondation et la suite de la grossesse se déroulent naturellement¹.

- **La fécondation in vitro**

Lors d'une fécondation in vitro, les spermatozoïdes de l'homme sont mis en présence de l'ovule de la femme, à l'extérieur de son corps, en laboratoire. Ensuite, l'embryon est ré-implanté dans l'utérus de la future mère. D'où le terme "in vitro", qui signifie littéralement "dans le verre", autrement dit en dehors de l'organisme².

Là aussi, il est possible de faire appel à un donneur de sperme. Dans ce cas-ci, le don d'ovules est également envisageable, ainsi que le don d'embryons lorsque le couple présente un problème lié à la fois aux spermatozoïdes et aux ovocytes par exemple.³

¹ BROCHIER C., La procréation médicale assistée en Belgique. Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique., 2010. 14p. Disponible sur " <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/dossier-pma-20100909.pdf>", (consulté le 19/10/2015).

² Passeport Santé, La fécondation In Vitro (FIV), sans date. Disponible sur: " http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=fecondation_in_vitro_pm".

³ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, Le don. CPMA, sans date, Disponible sur: http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=55&lang=fr.

- **La gestation pour autrui**

La gestation pour autrui désigne l'ensemble des méthodes de PMA, mais qui elles, consistent à la prise en charge du développement de l'embryon in utero, par une femme appelée mère porteuse⁴. Il existe différents cas de figure⁵, les parents d'intention peuvent avoir eu recours à un don d'ovocytes ou de sperme, si ce n'est pas le cas ils seront également les parents génétiques de l'enfant.

Par parents d'intention, on entend toute personne qui désirerait être parent, par le biais d'une procréation médicalement assistée.

- **l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes**

L'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes consiste en un complément de la fécondation in vitro conventionnelle. Ici, on injecte directement, à l'aide d'une micropipette, un spermatozoïde dans l'ovule. Cette méthode est mise en œuvre lorsque les spermatozoïdes sont trop peu nombreux, par exemple, en termes plus scientifiques, lorsque l'homme souffre d'oligospermie, quand ceux-ci présentent une très mauvaise mobilité, autrement dit en cas d'asthénospermie sévère, ou encore lorsque ceux-ci sont inaptes à percer d'eux-mêmes la membrane entourant l'ovule pour que la fécondation se réalise⁶.

Section 2: définitions diverses

La plupart du temps, ces solutions sont proposées dans des cas d'infertilité.

L'**infertilité** correspond à l'incapacité de concevoir après un an de rapports sexuels non protégés. Elle peut être féminine ou masculine, parfois même mixte quand elle implique un facteur masculin et féminin⁷. Il est également possible que l'infertilité soit inexplicée, bien que ce cas soit très rare⁸.

⁴ ASBL Chemin de vie, Gestation pour autrui, Chemin de vie, 2012. Disponible sur: "<http://www.chemindevie.be/Bioethique/la-gestation-pour-autrui.html>".

⁵ Ces cas de figure seront développés au chapitre V.

⁶ BROCHIER C., *La procréation médicale assistée en Belgique*. Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique., 2010. 14p. Disponible sur "<http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/dossier-pma-20100909.pdf>".

⁷ Centre de Procréation Médicalement Assistée de l'Université de Liège, Définition de l'infertilité. CPMA, 2016. Disponible sur "<http://www.cpma.ch/fr/infertility/definition.html>" (consulté le 16 février 2016).

⁸ LAFFITTE Adeline, Le bilan d'infertilité du couple. INFO BEBE. 2013. Disponible sur: "<http://www.infobebes.com/Envie-de-bebe/Infertilite/Le-bilan-d-infertilite/Le-bilan-d-infertilite-du-couple>".

Le terme infertilité est préféré à celui de **stérilité**, lequel a plutôt un sens d'état définitif⁹.

L'**infécondité**, quant à elle, est plus précisément axée sur le résultat. Quand elle est volontaire, elle qualifie l'absence de conception par choix, par la prise d'un contraceptif par exemple. Quand elle est involontaire, elle est synonyme d'infertilité.

Les couples souffrant d'infertilité se voient donc offrir, sous certaines conditions¹⁰, l'accès à la procréation médicalement assistée. Il est néanmoins important de préciser que la PMA n'est pas uniquement réservée à ces couples infertiles. Ce point sera également développé au chapitre III.

Ces personnes qui décident d'entreprendre une grossesse par ce mode assisté médicalement sont qualifiées d'auteurs du projet parental, et ce, qu'elles aient, ou non, fait appel à un don de gamètes¹¹.

Un **gamète** est une cellule reproductrice. Le gamète mâle est le spermatozoïde et le gamète femelle est l'ovule ou l'œuf¹². Ils sont produits par les gonades, les organes destinés à la reproduction. C'est de l'union de ces gamètes, autrement dit de la fécondation, que sera issu l'**embryon**.

L'article 2 de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro définit l'embryon comme suit:

"La cellule ou l'ensemble organique de cellules susceptibles, en se développant, de donner un être humain".

L'embryon a, en termes juridiques, un statut particulier. Est-ce une personne ?

"Une personne au sens juridique est le sujet de droit, apte à être titulaire de droits et d'obligations"¹³.

Ou, au contraire est-ce une chose?

Une qualité de "personne" apporterait à l'embryon protection, mais limiterait certaines libertés telles que l'IVG, le don, les recherches, etc. La loi du 11 mai 2003 relative à la re-

⁹ ROCHON M., Stérilité et infertilité: deux concepts. Erudit, 1986, p.27. Disponible sur: "<https://www.erudit.org/revue/cqd/1986/v15/n1/600584ar.pdf>".

¹⁰ Confer chapitre III.

¹¹ L. 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, p. 38575.

¹² SLACK J., Biologie du développement, Bruxelles, De boeck-Larcier, 2004. p. 47.

¹³ DE PAGE H. et MASSON J.-P., "Traité élémentaire de droit civil belge: les personnes", Bruxelles, Bruylant, 1990, p. 7.

cherche sur les embryons in vitro ainsi que la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes vont à l'encontre d'une telle qualité¹⁴.

Nous ne pouvons, néanmoins, pas non plus réduire l'embryon à une chose. En effet, l'embryon est considéré différemment des autres éléments du corps humain¹⁵ étant potentiellement un être en devenir, il est considéré comme digne de bénéficier d'une certaine protection.

De plus, ces lois précitées contiennent des limites qui constituent des protections pour les embryons. Elles laissent également la place pour l'application de la déontologie médicale¹⁶.

Nous pouvons donc dire qu'il s'agit ici d'une problématique non résolue. Le statut de l'embryon est effectivement ambigu.

Dans notre pays, l'atteinte à la vie du fœtus (l'étape suivant celle de l'embryon) est considérée comme un homicide dès le début du travail précédant l'accouchement¹⁷. En effet, l'article 396 du Code pénal qualifie d'infanticide: "le meurtre commis sur un enfant au moment de sa naissance ou immédiatement après".

En France, un arrêt de la Cour de cassation du 29 juin 2011 précise que: "les dispositions du Code pénal relatives à l'homicide involontaire ne sont pas applicables à l'embryon ou au fœtus"¹⁸. La Cour européenne des droits de l'homme considère que « le point départ de la vie relève de l'appréciation des états"¹⁹.

L'**embryon surnuméraire**, également selon l'article 2 de la loi du 11 mai 2003, est :

"L'embryon qui a été créé dans le cadre de la procréation médicalement assistée, mais qui n'a pas fait l'objet d'un transfert chez la femme".

Ces embryons "supplémentaires" peuvent notamment faire l'objet d'une **cryoconservation**, c'est-à-dire d'une congélation. Leurs possibles destinations sont détaillées dans la loi du 6 juillet 2007 et feront l'objet d'un chapitre ultérieur²⁰.

¹⁴ LEULEU Y-H., "Les personnes", in *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 37.

¹⁵ FEUILLET-LE MINTIER B., *embryon humain: approche multidisciplinaire*, Economica, 1996.

¹⁶ LEULEU Y-H., "Les personnes", in *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 38.

¹⁷ C.C., 11 février 1987, J.L.M.B, 1987, p. 630.

¹⁸ HORDE P., Statut de l'embryon et du fœtus. Université de Droit Paris 5. 2014.

¹⁹ LEULEU Y-H., "Les personnes", in *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 39.

²⁰ Confer chapitre III.

Ils peuvent également être affectés à des recherches au sens et selon les conditions de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro.

Comme il a été précisé supra, page 9, ces techniques de reproduction assistée médicalement nécessitent dans certains cas l'appel d'un **donneur** soit de gamètes, soit d'embryons.

Le **donneur de gamètes** est défini par la loi du 6 juillet 2007 comme suit: "personne cédant par convention à titre gratuit, conclue avec un centre de fécondation in vitro, des gamètes pour qu'ils soient utilisés au cours d'une procréation médicalement assistée chez des receveurs de gamètes, sans qu'aucun lien de filiation ne puisse être établi entre l'enfant à naître et le donneur".

Le **donneur d'embryons**, lui, est défini par cette même loi comme "une personne cédant par convention à titre gratuit, conclue avec un centre de fécondation in vitro, des embryons surnuméraires, afin qu'ils puissent être utilisés anonymement au cours d'une procréation médicalement assistée chez des receveurs d'embryons, sans qu'aucun lien de filiation ne puisse être établi entre l'enfant à naître et le donneur".

Le statut juridique du donneur sera vu plus en détail ultérieurement, de même que pour la filiation, réglée, elle, par le droit commun, autrement dit le droit civil.

La procréation médicalement assistée relève bien évidemment du domaine de la médecine, mais soulève également des problématiques morales, c'est ainsi qu'entre en compte la **bioéthique**.

La **bioéthique** est une étude multidisciplinaire apparue dans les années 60. Elle étudie les questions et les problèmes moraux qui se posent suite aux progrès des pratiques médicales, à l'avancée des technosciences biomédicales²¹.

Elle est souvent définie comme étant une branche de l'éthique, mais ceci n'est pas tout à fait correct, car il s'agit là d'un domaine plus complexe. La bioéthique rassemble plusieurs matières, qui généralement s'opposent, d'où la particularité de celle-ci. On peut citer par exemple la médecine, la biologie, mais également les sciences humaines, l'éthique, le droit bien sûr, la philosophie, voire la théologie²². De ces nombreuses matières, prises en compte dans la bioéthique, découle l'intervention de plusieurs groupes d'acteurs à la différence de la **déontologie**, qui elle, ne fait intervenir que les médecins.

²¹ PARIZEAU M.-H., "Bioéthique", in Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale (dir. Monique Cantosperber), Paris, 1996, p. 184-190.

²² HOTTOIS G., MISSA J.-N., Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie, Bruxelles, De boeck, 2001, p. 124.

La nécessité de la bioéthique tient de l'apparition de nouvelles techniques médicales qui pourraient toucher à l'intégrité humaine, de progrès biomédicaux qui seraient susceptibles de poser des problèmes moraux. C'est le cas évidemment de la procréation médicalement assistée. Par ces enjeux nouveaux, elle conduit à la réflexion des éthiciens. Pour citer un exemple précis, le cas du diagnostic génétique préimplantatoire fait l'objet de nombreuses interrogations.

Le diagnostic génétique préimplantatoire consiste à rechercher sur des embryons conçus in vitro, dans le cas d'une FIV donc, une maladie génétique grave et incurable qui peut être transmise par les parents²³. Cet examen est pratiqué à titre exceptionnel²⁴. Il est possible, suite à ce diagnostic, de replacer dans l'utérus de la mère un embryon sain. Entrent également en compte le clonage d'embryons humains, le prélèvement d'organes, etc.²⁵

Chapitre II: historique de la procréation médicalement assistée sous l'angle du droit

La procréation médicalement assistée, rappelons-le, constitue un terme générique qui reprend plusieurs techniques de médecine reproductive soit l'insémination artificielle, la fécondation in vitro et l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes.

À l'origine, cette méthode "non naturelle" de reproduction a été mise en place afin de venir en aide aux couples infertiles. Par la suite, elle sera également mise en œuvre dans d'autres cas: afin d'assister les couples homosexuels, les personnes seules ou encore pour éviter la transmission de maladies génétiques.

Section 1: situation antérieure à la loi de 2007

Aujourd'hui la procréation médicalement assistée en Belgique "s'inscrit dans un cadre légal strict"²⁶.

Cette procédure est régie entre autres par la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes²⁷.

²³ Etats généraux de la bioéthique, Qu'est-ce que le diagnostic préimplantatoire ?, EGB, sans date. Disponible sur: " <http://www.etatsgenerauxdelabioethique.fr/les-diagnostic-prenatal-et-preimplantatoire/quest-ce-que-le-diagnostic-preimplantatoire.html>".

²⁴ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 68, M.B. 17 juillet 2007.

²⁵ HOTTOIS G., MISSA J-N., Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie, Bruxelles, De boeck, 2001, p. 127.

²⁶ Entretien avec DUBOIS M., professeur en médecine, CHR Citadelle de Liège, 25 septembre 2015.

Mais quelle était la situation dans notre pays avant 2007? Bien que cette loi du 6 juillet 2007 n'ait pas été élaborée dans un champ normativement vierge, des points importants qui y sont consacrés n'étaient visés nulle part ailleurs auparavant²⁸.

Sous-section 1: encadrement belge

Avant l'entrée en vigueur de cette loi, la procréation médicalement assistée n'était pas réglementée en tant que telle en Belgique. Rien n'était fixé en termes de condition d'accès à ces techniques médicales ou de procédures applicables à ces dernières²⁹.

Cette pratique n'était pas pour autant laissée totalement à l'abandon d'un point de vue juridique. On ne parle donc pas, dans ce cas-ci, de "vide juridique". Comme toute matière dans le domaine du droit lorsqu'il n'existe aucune législation spécifique, celle-ci est régie par le droit commun. Dans le cas présent, celui de l'exercice légal de la médecine (code de déontologie de l'ordre des médecins) par exemple. En effet, il s'agit de médecine et de dignité humaine, des garanties de qualité sont donc nécessaires³⁰.

Ou encore, en ce qui concerne la filiation, entre en compte également le droit commun, ici le droit civil. Notamment au sujet de la contestation de paternité³¹.

Donc, au sein de la communauté médicale même se développe une autorégulation via la bioéthique, les avis des comités locaux d'éthique des hôpitaux³².

Sans oublier bien sûr, les avis du Comité de Bioéthique. Ce comité a été créé par l'accord de coopération du 15 janvier 1993 signé par l'État fédéral, la Communauté française, flamande et germanophone, ainsi que la Commission communautaire commune³³.

²⁷ L. 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.

²⁸ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 279.

²⁹ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, déposée par Mme Christine Defraigne, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2003-2004, n° 3-418/1 du 21 janvier 2004 (disponible sur: <http://www.senate.be>)

³⁰ VAN ROMPAEY C., *Bientôt un cadre légal pour la procréation médicalement assistée ?*, EnMarche, 2006. Disponible sur " http://archives.enmarche.be/Sante/Ethique/PMA_proposition_loi.htm", (consulté le 19 octobre 2015).

³¹ C. civ., art. 318, § 4, modifié par la loi du 31 mars 1987 modifiant diverses dispositions légales relatives à la filiation.

³² BOGAERT M., CASSIERS L., ROELANDT M., STIENNON J-A., "Les avis du Comité de Bioéthique de Belgique 2000-2004", Lanno campu, 2005.

³³ Centre de recherche et d'information socio-politique, Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, CRISP, sans date. Disponible sur: " <http://www.voculairepolitique.be/comite-consultatif-de-bioethique-de-belgique/>".

Il s'agit:

"D'une instance consultative officielle belge en matière bioéthique, indépendante des autorités qui l'ont créée"³⁴.

À cela s'ajoute l'arrêté royal du 15 février 1999, qui régit l'aspect organisationnel de ces techniques de reproduction. Il impose entre autres le respect de normes de qualités aux centres et conditionne ainsi leur agrégation³⁵. L'aspect financier quant à lui est consacré dans un arrêté royal du 4 juin 2003, instaurant "le remboursement des coûts de laboratoire pour la fécondation in vitro" qui a pour but de rendre accessible la PMA, mais également de fixer une limite au nombre d'essais de grossesses assistées et au nombre d'embryons implantés³⁶.

La PMA était donc régie de manière indirecte. Cependant, il y a, en conséquence de l'absence de cadre légal propre à la PMA, peu d'uniformité entre les centres. La pratique est en quelque sorte laissée à l'appréciation des praticiens.

Par exemple, durant la période précédant la mise en place d'une loi encadrant la procréation assistée médicalement, l'accès à la procédure dépendait de la philosophie du centre. Il était presque impossible pour les couples homosexuels et les personnes seules de se faire accepter au sein des centres rattachés à des institutions catholiques. Nous vivons dans un pays où le clivage idéologique et religieux est nettement présent, nous pouvons par conséquent pointer ici la nécessité d'un encadrement légal³⁷.

Il y avait également des différences au niveau des propositions d'alternatives ultérieures à la PMA. Quand certains voulaient que cette procédure constitue un ultime recours, d'autres considéraient qu'une démarche volontaire des candidats suffisait à prouver leur engagement et que leur rôle se limitait à l'offre de cette solution "extrême"³⁸.

³⁴ Université catholique de Louvain secteur des sciences de la santé, Avis du Comité Consultatif de Bioéthique. UCLouvain, sans date. Disponible sur: "<https://www.uclouvain.be/376376.html>".

³⁵ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 279.

³⁶ Le Centre de Procréation Médicalement Assistée du CHU Saint-Pierre, Législatif. CPMA, sans date, Disponible sur:

"http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=55&lang=fr"

³⁷ Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, par M. Chantraine, Doc. parl., sess. ord. 1996-1997, n°1-533/1 du 5 février 1997 (disponible sur: <http://www.senate.be>)

³⁸ DEBRY, J-M., RAVEZ, L, Quelle pratique pour la PMA aujourd'hui?, EthicaClinica, 2006. Disponible sur: "<http://www.actiegezin-actionfamille.be/Doc/FR/debryPMA.pdf>" (consulté le 19 octobre 2015).

Le nombre d'essais accordé a pris de l'importance uniquement à partir de la mise en place de l'arrêté royal du 4 juin 2003³⁹.

En effet, six tentatives maximum sont financées par l'assurance maladie. Ce point sera développé dans le chapitre relatif au coût de la procédure.

Sous-section 2: encadrement international

Les précédents à la loi du 6 juillet 2007 susmentionnés concernent uniquement la Belgique. Il y a bien entendu d'autres textes sur ce sujet qui, eux, sont internationaux. Nous pouvons citer deux conventions internationales liant notre pays. Premièrement, la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Cette convention a la primauté sur la législation interne à notre pays (ratifiée par la Belgique en 1955). Elle est par conséquent applicable en Belgique et le droit belge se doit de la respecter.

Elle est pertinente dans le cadre de la procréation médicalement assistée en raison de son article 3 qui interdit les traitements inhumains et dégradants. Son article 8 quant à lui assure entre autres le droit au respect de la vie privée et familiale, et enfin l'article 12 consacre le droit de se marier et de fonder une famille⁴⁰. Nous pouvons donc dire qu'il s'agit également d'un encadrement indirect de la PMA, ces principes intervenant dans le cadre d'une telle procédure. De plus, à cela s'ajoutent les arrêts rendus par la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

Deuxièmement, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant qui a été ratifiée par notre pays et qui y est applicable depuis le 15 janvier 1992⁴¹. En effet, le Conseil de la Communauté française a adopté le 3 juillet 1991, le décret portant approbation de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée à New York le 20 novembre 1989.

La prise en compte de l'intérêt de l'enfant est rendue prioritaire dans cette convention à l'article 3. Le droit inhérent de l'enfant à la vie et le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible sont assurés respectivement par les articles 6 et 24. Par contre, l'article 7 comporte une précision qu'il est important de relever. En effet, cet article permet à l'enfant d'avoir le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux **dans la mesure du possible**⁴². Cette nuance laisse la porte ouverte à l'anonymat du don de gamètes

³⁹ A.R. 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, art.11, M.B 16 juin 2003.

⁴⁰ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 280.

⁴¹ Convention (ONU) relative aux droits de l'enfant. 20 novembre 1989, art. 49.

⁴² Ibidem, p. 280.

dans le cadre de la procréation médicalement assistée. Celle-ci permet également de ne pas rendre impossible l'adoption.

La Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine de 1997 (dite Convention d'Oviedo) n'a, elle, pas été signée ni ratifiée par notre pays. La législation belge est plus permissive sur différents points.⁴³ Nous pouvons, par exemple citer l'article 12 de cette convention qui est plus contraignant que l'article 68 de la loi de 6 juillet 2007 sur la procréation médicalement assistée, qui lui autorise dans certains cas, par dérogation à l'article 67, un diagnostic préimplantatoire. L'article 12 de la Convention d'Oviedo quant à lui l'interdit formellement.⁴⁴ Il y a un autre cas de divergence entre la convention et notre législation nationale au niveau de la recherche scientifique effectuée sur des embryons. L'article 18 de la convention proscrie la constitution d'embryons humains aux fins de recherche. La loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro, en son article 4, rend possible cette constitution dans certains cas⁴⁵. Voilà pourquoi, malgré sa participation active à la négociation de cette convention, la Belgique ne l'a pas signée⁴⁶.

Section 2: processus d'élaboration de la loi du 6 juillet 2007.

Nous pouvons donc revenir maintenant, au processus d'élaboration de la loi du 6 juillet 2007. Celui-ci n'a pas été d'une grande facilité. En effet, il est essentiel de souligner la difficulté de s'immiscer juridiquement dans un domaine aussi sensible que la médecine reproductive. Il y a deux points de vue, le premier qui est contre la mise en place d'une législation propre à la PMA et le second qui considère cette loi comme une nécessité. Les deux avis ont leurs arguments. Il s'agit ici d'une matière qui relève non seulement de la science, de la médecine, ce qui soulève le souhait de la maintenir "hors du droit", mais également de la sphère privée⁴⁷. Le législateur n'intervient pas dans la procréation naturelle, pourquoi devrait-il intervenir dans le cadre de la procréation médicalement

⁴³ THIBAUT, C., Question écrite n° 5-10177, Ecolo, 2013. Disponible sur:

"<https://www.senate.be/www/?Mlval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=10177&LANG=fr>".

⁴⁴ Convention (CE), n° 164 du Convention du 4 avril 1997 relative la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, art.12, STCE, 1^{er} décembre 1999.

⁴⁵ L. du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro, art.4, M.B. 28 mai 2003.

⁴⁶ Comité consultatif de Bioéthique, avis n°32 du 5 juillet 2004 relative à la libre disposition des tests génétiques. Disponible sur: "file:///C:/Users/SARAH/Downloads/avis32-tests%20gen-libre%20disposition_7988404_fr.pdf".

⁴⁷ Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, Doc. parl., sess. ord. 1996-1997, n° 1-533/1 du 5 février 1997 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=1&NR=533&VOLGNR=1&LANG=fr>).

assistée?⁴⁸ En outre, comme il a été précisé plus haut⁴⁹, la PMA n'est pas dépourvue de tout encadrement juridique.

Cependant, la Belgique est:

"Un pays caractérisé par la superposition de clivages idéologiques et religieux"⁵⁰. L'absence de règles en ce qui concerne les conditions d'accès nous menait à des situations quelque peu arbitraires⁵¹.

Les sénateurs partisans à l'intervention du législateur considèrent que le droit est déjà intervenu dans le domaine de la médecine ou de la vie privée sans entraver les libertés garanties à l'un et à l'autre.⁵² Ensuite, la différence entre la procréation naturelle et celle assistée médicalement justifie un encadrement législatif. À tout cela s'ajoutent des arguments de droit comparé. Des pays tels que la France ou la Grande-Bretagne n'ont pas regretté le choix de se doter d'un cadre législatif en la matière. De surcroît, la Belgique risque, si le législateur n'intervient pas, de devenir une sorte de "paradis de la PMA" où tout serait permis⁵³.

Le processus d'élaboration de la loi de 2007, en plus d'avoir divisé, a été "relativement long". Les premiers débats datent de 1997, mais la proposition faite par le sénateur Hubert Chantraine n'a mené à aucun résultat concret. Néanmoins, cette proposition pose un objectif que nous retrouverons lors de l'adoption de la loi du 6 juillet 2007.

"Cet enjeu est celui d'un équilibre à ménager entre, d'une part, l'autonomie des acteurs des procréations médicalement assistées et, d'autre part, un certain nombre d'exigences impératives"⁵⁴. Certains points de cette proposition ont tout de même évolué avec le temps: l'interdiction du recours à la PMA aux couples homosexuels ainsi qu'aux per-

⁴⁸ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 284.

⁴⁹ Confer supra, page 14.

⁵⁰ Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, Doc. parl., sess. ord. 1996-1997, n° 1-533/1 du 5 février 1997 (disponible sur <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=1&NR=533&VOLGNR=1&LANG=fr>).

⁵¹ DEBRY, J-M., RAVEZ, L, Quelle pratique pour la PMA aujourd'hui?, EthicaClinica, 2006. Disponible sur: "<http://www.actiegezin-actionfamille.be/Doc/FR/debryPMA.pdf>" (consulté le 19 octobre 2015).

⁵² 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 285.

⁵³ Ibidem, p. 286.

⁵⁴ Ibidem, p. 287.

sonnes seules, prévue à l'article 3, ou encore la prohibition formelle au recours à une mère porteuse, ainsi que le don de gamètes prévu à l'article 13.⁵⁵

Une nouvelle proposition est donc déposée en 2004, cette fois par la sénatrice Christine Defraigne. Comme nous l'avons énoncé plus haut, l'objectif de départ, à savoir allier autonomie des acteurs de la PMA et exigences impératives, demeure. Toutefois, il est prévu qu'il soit réalisé de façon plus évoluée, plus tolérante. Dans cette proposition de 2004, l'accès à la PMA pour les couples homosexuels, la GPA ainsi que le don d'embryons sont rendus possibles respectivement aux articles 4 et 8. L'insémination et l'implantation post mortem sont permises également selon l'article 12 de cette proposition⁵⁶.

En mars 2005, une nouvelle version de cette proposition est déposée au Sénat par Monsieur Patrick Vankrunkelsven.⁵⁷

Cette nouvelle version est le fruit de réflexions du groupe de travail "bioéthique" du Sénat. Dans cette nouvelle proposition, le statut de la femme seule, bien que rare selon le groupe de travail, est pris en compte. En effet, la PMA leur est ouverte par l'article 3.⁵⁸ Par contre, la question de la maternité de substitution n'est plus réglée. Selon les auteurs il est encore trop tôt pour entamer ce débat, des changements seront néanmoins possibles par la suite. De plus, ils considèrent que la GPA fait l'objet d'un "débat distinct" de celui-ci. Sont visés dans cette proposition les couples homosexuels féminins exclusivement. La procréation post mortem quant à elle n'est plus permise conformément à l'article 13⁵⁹.

De là naîtra une "proposition de synthèse"⁶⁰, déposée le 23 novembre 2005 et destinée à être le texte qui deviendra la loi du 6 juillet 2007. Il s'agit d'un nouveau texte élaboré par

⁵⁵ Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, Doc. parl., sess. ord. 1996-1997, n° 1-533/1 du 5 février 1997 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=1&NR=533&VOLGNR=1&LANG=fr>).

⁵⁶ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, déposée par Mme Christine Defraigne, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2003-2004, n° 3-418/1 du 21 janvier 2004 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=418&VOLGNR=1&LANG=fr>).

⁵⁷ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, déposée par Mme Christine Defraigne et M. Patrik Vankrunkelsven, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2004-2005, n° 3-1067/1 du 2 mars 2005 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=1067&VOLGNR=1&LANG=fr>).

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Ibidem.

cinq sénateurs: Mme C. Defraigne, M.P. Vankrunkelsven, Mme J. De Roeck, M. P. Mahoux et Mme I. Durant, à partir de celui du 2 mars 2005, préalablement revu par le groupe de travail. La proposition antérieure voit ainsi certains de ses points remis en cause. L'interdiction à la procréation post mortem par exemple n'est plus exclue, ou encore les bénéficiaires éventuels de la PMA ne sont plus définis, ce qui laisserait une grande liberté aux centres. Par contre, la maternité de substitution, comme auparavant, est maintenue hors du champ des textes visant la PMA.⁶¹

Après soumission de cette proposition au Conseil d'État, il ressort qu'il est essentiel que le législateur "devrait prendre clairement position à tout le moins sur les questions sensibles de l'accès aux procréations médicalement assistées, de l'anonymat du don, de l'aménagement du droit de la filiation et des conflits susceptibles de surgir entre les personnes impliquées dans un processus procréatif"⁶².

Suite à cet avis du Conseil d'État, le texte est rediscuté par la commission des affaires sociales du Sénat. Après plusieurs modifications, la proposition est adoptée en commission, ensuite en séance plénière avant d'être transmise à la Chambre en juin 2006. À la Chambre des représentants, aucune nouvelle modification n'est apportée au projet. Le texte est adopté en commission le 27 février 2007, en séance plénière le 15 mars 2007 et promulguée le 6 juillet 2007⁶³. Cette loi maintient hors de son champ la problématique de la maternité de substitution. En effet, ce sujet, et plus précisément les propositions qui tentent de le légiférer, font encore l'objet de discussions.

Des propositions sont pour l'interdiction totale de cette pratique, d'autres tendent vers une possibilité de recourir à une mère porteuse dans certains cas restreints uniquement.

⁶⁰ Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, Proposition de loi relative au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire, Proposition de loi réglant la collecte, la conservation et la communication des informations relatives au don de gamètes, Proposition de loi réglant la collecte, la conservation et l'implantation des cellules humaines ainsi que la gestion des informations les concernant déposées par M. Cornil et Mme De Schamphelaere, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2005-2006, n° 3-1440/9 du 7 juin 2006 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=1440&VOLGNR=9&LANG=fr>).

⁶¹ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 290.

⁶² Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, Avis du Conseil d'État, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2005-2006, n° 3-417/3 du 14 février 2006 (disponible sur <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=417&VOLGNR=3&LANG=fr>).

⁶³ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 291.

Les conditions varient selon les propositions. Il y a également des nuances par rapport au profil des demandeurs ou des mères porteuses. Cependant, toutes ces propositions sont tournées vers le principe général d'interdire cette pratique.⁶⁴ Un chapitre sera consacré à l'encadrement, ou plutôt l'absence d'encadrement en ce qui concerne la gestation pour autrui en Belgique. La situation dans les pays voisins sera également abordée.

Chapitre III: développement de la procédure

Section 1: champ d'application de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes

Dans le cadre de la procréation médicalement assistée, il existe plusieurs textes légaux déjà mentionnés dans les chapitres précédents. Toutefois, qui ces textes visent-ils exactement, à qui profitent cette avancée technologique qu'est la PMA ? Quels acteurs entrent en jeu ?

Sous-section 1: acteurs

Pour commencer, les centres de fécondation. Acteur essentiel, car selon l'article 3 alinéa 1^{er} de la loi du 6 juillet 2007 "les activités de fécondation in vitro et de cryoconservation d'embryons, de gamètes, de gonades et fragments de gonades ne peuvent être réalisées que dans les centres de fécondation"⁶⁵. Ces centres de fécondation visés par la loi de 2006 ou "programmes de soins de santé"⁶⁶ peuvent être de deux types: les programmes de soins A, qui se limitent au diagnostic et au traitement de la stérilité sans recourir à un laboratoire de procréation médicalement assistée. Les programmes de soins B qui, eux, recourent à un laboratoire de procréation médicalement assistée.⁶⁷ Ces centres doivent être agréés conformément à "l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "médecine de la reproduction" doivent répondre pour être agréés".

Ensuite, les centres de génétique humaine constituent un acteur dans le cadre du diagnostic préimplantatoire. En effet, la loi du 6 juillet 2007 en son article 71 précise ceci: "un diagnostic génétique préimplantatoire ne peut être réalisé que dans un centre de

⁶⁴ Ibidem, p. 292.

⁶⁵ L. 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.

⁶⁶A.R. fixant les normes auxquelles les programmes de soins "médecine de la reproduction » doivent répondre pour être agréés". M.B. 25 mars 1999, p. 9555.

⁶⁷ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 294.

fécondation et dans un centre de génétique humaine qui ont établi une convention de collaboration spécifique à cet effet". Ils sont définis par l'article 1^{er} de l'arrêté royal fixant les normes auxquelles les centres de génétique humaine doivent répondre, comme suit: "centres où sont posés des diagnostics sur: a) l'hérédité ou non de malformations et d'anomalies, tant psychiques que physiques; b) la nature des malformations et anomalies visées au a); c) le fait d'être porteur de caractères héréditaires."

Sous-section 2: différentes conditions d'accès

À qui le processus de procréation médicalement assistée est-il "ouvert"?

- Profil sociologique

Avant l'entrée en vigueur de la loi de 2007, comme précisé dans le chapitre précédent, il n'y avait pas d'encadrement légal en ce qui concerne les conditions d'accès. Ainsi les parents d'intention dépendaient du centre dans lequel ils se présentaient.⁶⁸

Néanmoins, la loi du 6 juillet 2007 ne prévoit pas de critère précis en ce qui concerne le **profil** du ou des auteurs du projet parental. Il peut s'agir d'une personne seule, d'un couple hétérosexuel ou homosexuel.⁶⁹ De plus, elle ne contient aucune exigence de stabilité du couple.⁷⁰ Cette loi n'a donc pas réduit les nombreuses possibilités présentes en Belgique. Il y a tout de même des différences par rapport à la situation précédant l'entrée en vigueur de la loi. Les centres ont l'obligation de faire preuve de transparence quant à leurs options en ce qui concerne l'accessibilité au traitement.⁷¹ En cas de refus, le ou les demandeurs devront être avertis par écrit par le centre, dans le mois de la décision. Le refus, outre une cause médicale, peut être expliqué par l'invocation d'une **clause de conscience**. Une clause de conscience reconnaît aux praticiens de la médecine le droit de refuser la réalisation d'un acte médical, bien qu'autorisé par la loi, mais qu'ils estimeraient contraire à leurs convictions personnelles, professionnelles ou éthiques.⁷² Le recours à cette clause est rendu possible dans le cas particulier de la PMA par l'alinéa 1^{er} de l'article 5 de la loi du 6 juillet 2007. Ces refus, formulés par écrit, doivent contenir, conformément à l'alinéa 2 du même article: " 1° soit les raisons médicales du refus; 2° soit l'invocation de

⁶⁸ DEBRY, J-M., RAVEZ, L, Quelle pratique pour la PMA aujourd'hui?, EthicaClinica, 2006. Disponible sur: "<http://www.actiegezin-actionfamille.be/Doc/FR/debryPMA.pdf>, p. 1.

⁶⁹ DUBOIS M., FOIDART J-M., La procréation médicale assistée: cadre législatif en Belgique. Société Européenne de Gynécologie.,(sans date). 5p. Disponible sur "http://www.seg-web.org/images/downloads/newsletters/texte_pma_cadre_legislatif_en_belgique.pdf", p. 2.

⁷⁰ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 300.

⁷¹ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.5, M.B. 17 juillet 2007.

⁷² FAROUDJA, J.M, Clause de conscience du médecin, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011, p.1.

la clause de conscience prévue à l'alinéa 1^{er} du présent article; 3° dans le cas où le ou les demandeurs en ont exprimé le souhait, les coordonnées d'un autre centre de fécondation auquel ils peuvent s'adresser." C'est par ces points que le législateur assure une "relation de transparence" entre les centres et les demandeurs. De plus, la loi belge est donc empreinte d'une "double" liberté quant au profil sociologique des personnes qui ont accès à la PMA. En effet, la Belgique est largement permissive, particulièrement comparée à la France⁷³. Toutefois, par la clause de conscience, les professionnels ne sont pas contraints d'aller à l'encontre de leur éthique personnelle, de leurs croyances. Par conséquent, l'article 2 f) de la loi du 6 juillet 2007 par ces mots "toute personne ayant pris la décision de devenir parent" tend vers une liberté absolue pour les demandeurs. L'article 5, en permettant l'invocation d'une clause de conscience, rend possible un pluralisme éthique.⁷⁴

Nous avons étudié la procédure d'élaboration de cette loi du 6 juillet 2007 au chapitre précédent. Néanmoins, nous allons voir de quelle façon le législateur a abouti à ce choix précis de n'imposer aucune condition sociologique sans pour autant imposer aux centres d'accepter toutes les demandes, tant que ces derniers respectent les conditions de transparence et, si la demande est refusée, motivent ce refus et redirigent les parents d'intention à leur demande"⁷⁵.

Le Groupe de travail de "Bioéthique" n'a pas posé de choix précis en ce qui concerne le profil sociologique des parents d'intention. Il a cependant précisé que dans l'hypothèse où les personnes seules et les couples homosexuels étaient autorisés à recourir à la PMA, il serait nécessaire que les conditions de recevabilité soient semblables, quelles que soient les personnes concernées, "afin d'éviter des discriminations inadmissibles entre les catégories de personnes suivantes: les couples hétérosexuels, les couples homosexuels, les hommes seuls et les femmes seules"⁷⁶.

Le Conseil d'État pointe, dans ses avis du 24 janvier 2006, "l'absence de ligne de conduite claire inférable des textes internationaux pertinents"⁷⁷ et invite le législateur à préciser de façon claire les personnes qui relèveront du champ d'application de la future loi. Le législateur a par ailleurs considéré que selon lui "toute personne ayant pris la décision de

⁷³ Confer sous-section 3: "droit comparé".

⁷⁴ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 301.

⁷⁵ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.5, M.B. 17 juillet 2007.

⁷⁶ Rapport fait au nom du Groupe de travail "Bioéthique", par Mme C. Nyssens, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2003-2004, n° 3-418/2, p. 108.

⁷⁷ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 302.

devenir parent par le biais d'une procréation médicalement assistée" est une expression suffisamment claire et que c'est aux centres de juger.⁷⁸ Cette décision du législateur illustre clairement sa priorité: respecter les valeurs, l'éthique de chacun, autrement dit le pluralisme éthique.

Malgré les amendements d'hétérosexualité et de stabilité déposés par Mme Nyssens, ceux-ci ayant été rejetés, les couples hétérosexuels, les couples lesbiens et les femmes seules peuvent, "sous réserve de l'accueil du projet parental par le centre de fécondation auquel il est présenté", bénéficier d'une assistance médicale à la procréation.⁷⁹ Aucune condition de stabilité n'est requise contrairement au cas de l'adoption, où il y a non seulement une condition de stabilité prévue dans l'article 343 du Code civil, mais aussi un contrôle d'aptitude régi par les articles 346-1 et 346-2 du Code civil.⁸⁰

De plus, l'absence de législation en ce qui concerne la gestation pour autrui peut sembler discriminatoire envers les couples gays et les hommes seuls. Le principe de non-discrimination consacré dans la Convention et dans la Constitution n'est pas respecté.⁸¹

Si nous devons comparer la situation actuelle au niveau de l'acceptation d'une demande sur base du profil sociologique avec celle qui précède l'entrée en vigueur de cette loi, nous dirions a priori qu'elle n'est pas très différente. En effet, l'absence d'encadrement avait pour conséquence l'existence d'une liberté plus au moins égale à celle dont disposent les parents d'intention aujourd'hui. De plus, les centres acceptaient, également à cette époque, uniquement les demandes qu'ils pensaient éthiquement acceptables.⁸² Cependant, la loi de 2007 impose une plus grande transparence aux centres par l'article 5. Les demandeurs sont mieux orientés en cas de refus et ont le droit de connaître les raisons de ce refus.

- Condition de traitements préalables à la PMA

Rappelons-le, avant l'entrée en vigueur de la loi du 6 juillet 2007, les centres fonctionnaient de façon très différente quant à l'exigence de traitements préalables à la PMA. Aujourd'hui, le point "santé" a été encadré.

Au point 1 de l'alinéa 2 de l'article 5, nous pouvons lire "les **raisons médicales** du refus", ce que vise le législateur, c'est en fait la condition d'examens médicaux préalables visés à

⁷⁸ Ibidem

⁷⁹ Ibidem, p. 303.

⁸⁰ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 304.

⁸¹ Ibidem.

⁸² DEBRY, J-M., RAVEZ, L, Quelle pratique pour la PMA aujourd'hui?, EthicaClinica, 2006. Disponible sur: "<http://www.actiegezin-actionfamille.be/Doc/FR/debryPMA.pdf>" (consulté le 19 octobre 2015).

l'article 6. En effet, la procréation médicalement assistée a un caractère "d'ultime recours" suite à plusieurs tests et traitements qui n'auraient donné aucun résultat⁸³. Les centres, s'ils donnent suite à une demande de procréation médicalement assistée, vérifient que les causes de la stérilité, de l'infertilité ou de l'hypofertilité du couple, ou dans certains cas de la femme seule "ont été déterminées et traitées conformément aux données acquises de la science et aux usages de la profession"⁸⁴.

Il est néanmoins important de préciser que dans cet article 6, il est mentionné que cette vérification se met en place "pour les cas où cela s'indique". Ces mots ne se trouvaient pas dans la proposition de loi qui a abouti à l'adoption de la loi du 6 juillet 2007⁸⁵. Ils ont été ajoutés à la suite d'amendements déposés lors de l'élaboration de la loi du 6 juillet 2007. En effet, selon le législateur, ces mots ont permis à l'article d'être moins "absolu". Selon Mme De Roeck, la loi ne peut en effet pas obliger qui que ce soit à se soumettre à un traitement médical. M. Vankrunkelsven suit cet avis et ajoute que si une femme se trouve à la limite de l'âge légal et si elle, ou son compagnon, souffre d'un problème d'infertilité, il est possible dans le cas où les traitements alternatifs pour tenter de remédier à cette infertilité prennent plusieurs années et ne donnent aucun résultat, que la femme soit exclue du bénéfice de la procréation médicalement assistée à cause de la condition d'âge. Il s'agit là d'une seconde raison expliquant cet amendement. Nous pouvons déduire que la vérification prévue à l'article ne constitue pas un préalable obligatoire à la procréation médicalement assistée⁸⁶. Il est dit dans l'article 6 que cette vérification s'effectue "dans les cas où cela s'indique", le législateur n'a cependant pas précisé quel cas.⁸⁷

- Condition d'âge

Au niveau de l'âge, pour pouvoir faire l'objet d'un prélèvement de gamètes, une femme doit être majeure, mais ne doit pas être plus âgée que 45 ans selon l'article 4 alinéa 1^{er} de la loi du 6 juillet 2007. Une dérogation au principe de majorité est cependant prévue à l'alinéa 4. En effet, l'alinéa 4 de l'article 4 précise ceci: le prélèvement pour cryoconservation de gamètes, d'embryons surnuméraires, de gonades ou fragments de gonades peut être effectué, sur indication médicale, chez un mineur. Il existe un doute d'interprétation quant à cette dérogation. En effet, l'alinéa 1^{er} de l'article 4, ne vise que les femmes, son

⁸³ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 297.

⁸⁴ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.6, M.B. 17 juillet 2007.

⁸⁵ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 298.

⁸⁶ Ibidem, p. 299.

⁸⁷ Ibidem.

exception ne devrait alors viser que les femmes également. Cependant, plusieurs éléments confirment plutôt l'interprétation contraire et font penser que l'alinéa concerne les deux sexes. Premièrement, il ressort de la lecture des documents parlementaires que seuls les trois premiers alinéas de l'article 4 de la loi du 6 juillet 2007 visent uniquement les femmes.⁸⁸ Ensuite, cette dérogation traite de "mineur" et non de "mineure". Enfin, l'élément principal en faveur de l'application de l'exception aux deux sexes est celui selon lequel:

"Le système juridique belge entend jouer un rôle "protecteur" des mineurs, filles comme garçons. Il serait dès lors difficile d'imaginer que le législateur ait voulu exclure le jeune garçon mineur de sa protection et ainsi, autoriser le prélèvement de sperme sur les mineurs en l'absence d'indication médicale."⁸⁹

Dans la pratique, des prélèvements de sperme sont effectués sur de jeunes hommes mineurs, lorsque cela est nécessaire pour des raisons médicales.⁹⁰

Selon le même article, la demande d'implantation d'embryons ou d'insémination de gamètes est accessible aux femmes majeures, âgées de 45 ans maximum, et cette implantation ne peut être effectuée sur une femme âgée de plus de 47 ans. Les travaux préparatoires de la loi du 6 juillet 2007 expliquent ces conditions d'âge par des motifs médicaux. En effet, la qualité des ovocytes diminue avec l'âge. Elles sont également justifiées par des motifs éthiques. Des situations où des femmes de plus d'une soixantaine d'années pourraient devenir mère sont ainsi évitées.⁹¹

Pour les hommes, aucune limite d'âge n'est prévue par le législateur malgré des discussions préalables lors des débats préliminaires au vote de la loi. La raison est la suivante: une femme qui aurait l'âge légal pour recourir à la PMA, mais dont le compagnon, plus âgé, ne répondrait plus aux conditions, se verrait discriminée⁹². Toutefois, quand ils disposent d'une "certaine marge de manœuvre", les centres limitent tout de même à 45 ans, l'âge maximum des donneurs de sperme et à 65 ans l'âge du conjoint.⁹³

⁸⁸ Doc. parl., Sén., sess. ord. 2005-2006, n°3-1440/1.

⁸⁹ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 298.

⁹⁰ Ibidem.

⁹¹ Ibidem, p. 297.

⁹² Ibidem, p. 298.

⁹³ DUBOIS M., FOIDART J-M., La procréation médicale assistée: cadre législatif en Belgique. Société Européenne de Gynécologie., (sans date). 5p. Disponible sur: "http://www.segweb.org/images/downloads/newsletters/texte_pma_cadre_legislatif_en_belgique.pdf", p.2.

Dans le cas du décès de l'homme ou de la femme, la procréation post mortem est possible grâce à l'article 15 de la loi du 6 juillet 2007. La procréation post mortem sera développée infra dans une section qui lui sera propre.

Sous-section 3: droit comparé

En **France**, la situation est loin d'être aussi souple. En effet, la procréation médicalement assistée ne s'adresse qu'aux couples hétérosexuels mariés, pacsés ou en concubinage, moyennant alors l'apport d'une preuve de vie commune d'au moins deux ans, un certificat de concubinage. La loi française ne précise aucune limite d'âge et se contente de spécifier que le couple doit être "en âge de procréer". De plus, le couple, ou l'un des membres, doit présenter une infertilité pathologique médicalement constatée ou à défaut, être porteur d'une maladie grave, susceptible d'être transmise au conjoint ou à l'enfant. Les personnes seules sont donc exclues.⁹⁴ Les couples homosexuels n'ont pas non plus la possibilité de recourir à cette technique bien qu'en 2013 le mariage leur a été ouvert par la "loi Taubira" du 17 mai 2013⁹⁵. Cette question reste donc en suspens en France et sujette à discussion. La procréation post mortem est proscrite également. Le Code français de la santé publique précise que dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation, les membres du couple doivent être vivants. Le décès d'un d'eux fera obstacle à l'insémination⁹⁶. C'est à cause de cette rigueur de la législation française en comparaison à notre législation nationale qu'est né le phénomène "bébé Thalys", du nom du train qui relie Paris à Bruxelles. En effet, de nombreuses femmes seules ou formant un couple homosexuel se rendent en Belgique pour pouvoir bénéficier de la procréation médicalement assistée. Entreprise coûteuse⁹⁷, frustrante et même risquée, car il arrive que la France considère que cette pratique enfreint la loi et refuse l'adoption par le parent homosexuel de l'enfant issu de cette PMA.

Aux **Pays-Bas**, la loi du 2 mars 1994 sur l'égalité de traitement interdit aux prestataires de soins de pratiquer quelque discrimination que ce soit. Par conséquent, ni l'état civil ni l'orientation sexuelle ne peuvent limiter l'accès à l'assistance médicale à la procréation. Contrairement à la France et à l'instar de notre pays, les femmes seules ainsi que les couples homosexuels ont accès à cette pratique aux Pays-Bas.

⁹⁴ Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Procréation médicalement assistée, Service public français, 2015, disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462> (consulté le 28/02/2016).

⁹⁵ LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.

⁹⁶ Code français de la santé publique.

⁹⁷ Confer chapitre "coût de la procédure".

Section 2: déroulement de la procédure

Aucun article de la loi du 6 juillet 2007 n'impose de formalisme pour la demande faite par le ou les parents d'intention pour l'accès à la PMA, contrairement au refus du centre qui lui est soumis à l'alinéa 2 de l'article 5.

En cas d'acceptation du centre, c'est-à-dire si les conditions légales sont réunies et s'il s'agit "d'un cas où cela s'indique" au sens de l'article 6 de la loi, c'est-à-dire "si les causes de la stérilité, de l'infertilité ou de l'hypofertilité de la demandeuse ou du couple demandeur ont été déterminées et traitées conformément aux données acquises de la science et aux usages de la profession", le processus de procréation médicalement assistée peut se mettre en route. Il est tout de même important de préciser que les mots "dans les cas où cela s'indique" de l'article 6 ont été rajoutés, car dans certains cas il est évident que cette vérification n'a pas lieu d'être. Dans le cas d'une personne seule ou d'un couple lesbien par exemple, ou encore dans les cas où la demande a pour but d'éviter la transmission d'une infection au partenaire ou à l'enfant à naître.⁹⁸

Une obligation d'information loyale du centre aux auteurs du projet parental en ce qui concerne la PMA est imposée par l'article 6. De plus, selon le même article, un suivi psychologique doit être assuré avant tout traitement médical, mais également au cours du processus de la PMA.⁹⁹ En effet, l'intervention de la médecine dans une chose aussi intime que la procréation peut s'avérer très contraignante pour les parents d'intention, d'autant plus lorsqu'il est fait appel à un donneur. Effectivement, celui dont les gamètes n'ont pas pu être utilisés peut avoir plus de mal à trouver sa place de parent.¹⁰⁰

Toutefois, avant toute démarche médicale, conformément à l'article 7 de la loi du 6 juillet 2007, une convention doit être mise en place entre le centre de fécondation et le ou les auteurs du projet parental. L'alinéa 2 de cet article régit les formalités de cette convention comme suit :

"La convention mentionne les informations relatives à l'identité, l'âge et l'adresse du ou des auteurs du projet parental et les coordonnées du centre de fécondation consulté. Lorsqu'il s'agit d'un couple, la convention est signée par les deux auteurs du projet paren-

⁹⁸ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 305.

⁹⁹ DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE UNIVERSITE DE LIEGE, Informations relatives aux traitements par insémination artificielle ou fécondation in vitro avec sperme de donneur, CPMA CHR CITADELLE, 2014. Disponible sur: <http://cpma-ulg.be/wp-content/uploads/2014/09/INFOS-IAD-FIV-D-version-9.pdf>, p. 2.

¹⁰⁰ PELLÉ DOUEL Christilla, Vivre la procréation médicalement assistée, sans date. Psychologies. Disponible sur: "<http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Sterilite/Articles-et-Dossiers/La-Fecondation-in-Vitro-30-ans-plus-tard/Vivre-la-procreation-medicalement-assistee>" (consulté le 4 mars 2016).

tal. La convention est rédigée en deux exemplaires, l'un destiné au centre de fécondation, l'autre à l'auteur ou aux auteurs du projet parental."¹⁰¹

C'est lors de la rédaction de cette convention que se fait le choix de la méthode de PMA qui sera utilisée. Cette méthode doit également figurer dans cette convention.¹⁰²

Il est possible de modifier cette convention, suivant l'article 8 alinéa 1^{er}, "jusqu'à l'accomplissement de la dernière instruction donnée, sous réserve de l'expiration du délai de conservation des gamètes ou des embryons surnuméraires". Selon l'alinéa 2, les modifications doivent être écrites et signées par tous les signataires visés à l'article 7.

Sous-section 1: insémination artificielle

L'insémination artificielle est une technique simple, et donc la plus ancienne, qui consiste au placement de spermatozoïdes directement dans l'utérus de la femme¹⁰³. Toute insémination doit être précédée d'une convention entre le centre de fécondation consulté et le ou les auteurs du projet parental¹⁰⁴. Le modèle de cette convention se trouve dans les annexes¹⁰⁵.

Elle ne nécessite donc pas de don de gamètes féminins ni de constitution d'embryons in vitro. Néanmoins, l'appel à un don de sperme peut, dans certains cas, être indispensable. Quand l'homme est porteur d'une maladie héréditaire, ou qu'il souffre d'une incapacité des testicules à fabriquer des spermatozoïdes (défaillance testiculaire), ou lorsqu'il s'agit d'une femme seule.¹⁰⁶

¹⁰¹ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.7, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁰² Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes déposée par Mme Christine Defraigne, M. Patrik Vankrunkelsven, Mme Jacinta De Roeck, M. Philippe Mahoux et Mme Isabelle Durant, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2005-2006, n° 3-1440/1 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=50334287>).

¹⁰³ Confer p. 8.

¹⁰⁴ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.7, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁰⁵ Point 1 des annexes.

¹⁰⁶ CLINICA EUGIN, Insémination artificielle avec don de sperme (IAD), Euvitro, 2016. Disponible sur: <https://www.eugin.fr/traitement-fiv/insemination-artificielle/iad/> (consulté le 03 mars 2016).

Procédure avec don de sperme

Le don de gamètes, plus précisément le don de sperme dans le cas d'une insémination artificielle, mais dans le cas d'une fécondation in vitro nous pouvons également parler de don d'ovocyte, peut être de deux types.

Il peut s'agir du don de gamètes surnuméraires qui est consacré à l'article 40 de la loi du 6 juillet 2007. Un couple peut, et dans le cas d'une insémination artificielle, un homme, congeler ses gamètes dans le cadre d'un projet parental comme il est prévu à l'article 37 de la même loi. Pour en revenir à l'article 40, son alinéa 2 est rédigé comme suit:

"Dans le cas où la cryoconservation n'a pas été effectuée aux fins prévues à l'alinéa 1^{er} ou à l'expiration du délai de cryoconservation prévu par les articles 46 et 47, les gamètes surnuméraires peuvent: être intégrés dans un protocole de recherche scientifique conformément à la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro; être détruits; être affectés à un programme de don de gamètes."

L'option retenue en cas "d'incapacité permanente de décision ou de décès de celui qui a sollicité la cryoconservation" comme il est précisé au point 1 ou conformément au point 2 : "l'affectation des gamètes surnuméraires cryoconservés à l'échéance de leur délai de conservation, tel que prévu aux articles 46 et 47", doit être précisée dans la convention prévue à l'article 7, avant toute insémination.¹⁰⁷ Si l'option retenue est celle de l'affectation des gamètes à un programme de don, une personne seule ou un couple dont le projet parental nécessite un don va pouvoir en bénéficier.

Une personne peut également choisir de faire un don de gamètes à titre gratuit, autorisé par l'alinéa 1^{er} de l'article 51.

Une convention doit être établie entre le centre de fécondation et le donneur. La convention mentionne: " 1° l'engagement pris par le donneur de se soumettre à tout examen et de fournir toutes les informations médicales nécessaires à la mise en œuvre de la présente loi, afin de permettre au centre de fécondation de s'assurer du respect de la sécurité sanitaire des gamètes donnés,

2° dans le cas où les résultats des examens visés au 1° s'avéreraient incompatibles avec le don, la destination que le donneur affecte auxdits gamètes, qu'ils soient détruits ou affectés à un protocole de recherche scientifique,

¹⁰⁷ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 42, M.B. 17 juillet 2007.

3° dans le cas où le donneur refuserait ou s'abstiendrait ultérieurement de se soumettre aux examens visés au 1°, la destination que le donneur affecte auxdits gamètes, qu'ils soient détruits ou affectés à un protocole de recherche scientifique."¹⁰⁸

L'homme qui prend la décision de faire don de son sperme n'aura aucun lien de filiation avec l'enfant à naître selon l'article 56. Ce point sera développé dans une section consacrée aux conséquences sur la filiation.

La femme ou le couple qui reçoit le sperme, doit se rendre à une première consultation. Elle permet l'inscription et l'identification des patients.¹⁰⁹ Contrairement à l'hypothèse de l'utilisation du sperme du conjoint, il y a ici une formalité à remplir, celle de l'envoi d'un courrier recommandé. En effet, la receveuse de gamètes doit confirmer sa demande par lettre recommandée adressée au centre de fécondation consulté, conformément à l'article 61 de la loi de 2007. Lorsqu'il s'agit d'un couple, la lettre doit être signée par les deux auteurs du projet parental. Le même article impose aux centres de répondre dans les deux mois de l'envoi. Si le centre refuse la demande, il doit le faire en respectant l'article 5 ; si la demande est acceptée, une convention est établie entre la receveuse ou le couple receveur et le centre.¹¹⁰

Cette convention, en plus de devoir contenir les mentions prévues à l'article 7, c'est-à-dire l'identité, l'âge et l'adresse du ou des auteurs, les coordonnées du centre et la méthode de procréation médicalement assistée qui va être mise en place, doit être complétée par les mentions prévues à l'article 42. En effet, la convention devra prévoir, selon le point 1, l'affectation des gamètes surnuméraires cryoconservés en cas de décès de la personne qui a sollicité cette cryoconservation ou, selon le point 2, leur affectation à l'échéance de leur délai de conservation. Ces délais sont prévus à l'article 46 et 47.

Suite à ces formalités et en cas d'acceptation, les examens et traitements médicaux vont pouvoir être effectués.¹¹¹

¹⁰⁸ Ibidem, art. 59.

¹⁰⁹ DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE UNIVERSITE DE LIEGE, Informations relatives aux traitements par insémination artificielle ou fécondation in vitro avec sperme de donneur, CPMA CHR CITADELLE, 2014. Disponible sur: <http://cpma-ulg.be/wp-content/uploads/2014/09/INFOS-IAD-FIV-D-version-9.pdf>, p. 2.

¹¹⁰ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 62, M.B. 17 juillet 2007.

¹¹¹ DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE UNIVERSITE DE LIEGE, Informations relatives aux traitements par insémination artificielle ou fécondation in vitro avec sperme de donneur, CPMA CHR CITADELLE, 2014. Disponible sur: <http://cpma-ulg.be/wp-content/uploads/2014/09/INFOS-IAD-FIV-D-version-9.pdf>, p. 2.

Sous-section 2: fécondation in vitro¹¹²

La fécondation in vitro consiste en la constitution d'un embryon en laboratoire. L'embryon est réimplanté dans l'utérus de la future mère. Dans le cas où la personne seule, ou le couple, se retrouve avec plus d'embryons qu'il n'en faut pour l'implantation, que se passe-t-il? La destination de ces embryons surnuméraires est, elle aussi, régie par la loi du 6 juillet 2007. L'article 10 de cette loi prévoit que ces embryons peuvent être "cryoconservés en vue de la réalisation du projet parental ou d'un projet parental ultérieur". Néanmoins, une fois le délai de cryoconservation prévu à l'article 17, dépassé, le même article prévoit plusieurs options si l'embryon n'est pas affecté à un projet parental¹¹³. Il est possible d'intégrer les embryons dans un protocole de recherche. La recherche est régie par la loi du 11 mai 2003¹¹⁴. Toujours selon l'article 10, il est possible que ces embryons surnuméraires soient affectés à un programme de don ou encore qu'ils soient détruits. L'option retenue par le couple doit être exprimée dans la convention prévue à l'article 7, conformément au point 3 de l'article 13. Les mentions qui devront être indiquées dans la convention sont reprises à l'article 30.

S'il s'agit d'une fécondation in vitro avec l'ovocyte de la mère, mais avec le sperme d'un donneur, la procédure à suivre est la même que pour l'insémination artificielle avec sperme d'un donneur.¹¹⁵

La loi du 6 juillet 2007 régit le don de gamètes, ce qui vise les dons de sperme mais également les dons d'ovocytes. Les formalités à suivre seront donc identiques dans le cas d'une FIV avec don d'ovocytes, que ce soit pour la donneuse ou pour la receveuse.¹¹⁶

Procédure avec don d'embryons

Dans le cas d'une fécondation in vitro, le don d'embryons est envisageable. En effet, comme nous l'avons précisé plus haut, dans le cadre d'une fécondation in vitro, si au final nous nous trouvons en présence de plus d'embryons qu'il n'en faut pour l'implantation dans l'utérus, les embryons surnuméraires de bonne qualité peuvent être congelés¹¹⁷. Si le couple n'a plus de projet parental et qu'il lui reste des embryons congelés après 5 ans,

¹¹² Un modèle de convention de traitement par FIV est annexé au travail, au point 2 des annexes.

¹¹³ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 308.

¹¹⁴ L. du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro. M.B. 28 mai 2003.

¹¹⁵ Confer chapitre III, section 2, sous-section 1.

¹¹⁶ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 59, M.B. 17 juillet 2007.

¹¹⁷ La congélation des embryons ainsi que la législation qui l'a régit feront l'objet d'une section propre.

il a la possibilité de les donner à un autre couple infertile.¹¹⁸ Ce délai de 5 ans est prévu à l'article 17 et débute au jour de la cryoconservation, cependant ce délai peut être écourté, à la demande expresse du ou des auteurs du projet parental, dans le contrat prévu à l'article 7.

L'article 18, § 1^{er} prévoit une dérogation à l'article 17, alinéa 1^{er}: " le ou les auteurs du projet parental peuvent demander, en raison de circonstances particulières, que la durée du délai soit prolongée." Par circonstances particulières, le Comité consultatif de Bioéthique a pu envisager par exemple "la situation d'une jeune femme âgée de vingt ans qui serait atteinte d'un cancer et dont le traitement mettrait en péril la capacité de procréer, ce pour quoi l'on constituerait et cryoconserverait des embryons"¹¹⁹.

Si dans la convention prévue à l'article 7, il ressort que le ou les parents d'intention a ou ont opté pour le don d'embryons en cas de dépassement de ce délai, un autre couple pourra donc en bénéficier. Le don d'embryons surnuméraires est rendu possible par l'article 22 où il est également précisé que ce don doit être anonyme. Les règles et les principes relatifs au don d'embryons ainsi qu'au don de gamètes seront développés dans un chapitre relatif au don.

La receveuse, ou le couple, doit avoir formulé sa demande de don par lettre recommandée, conformément à l'article 32, adressée au centre de fécondation. Le centre dispose de deux mois à dater de l'envoi du courrier pour répondre à la demande. Si la demande est acceptée, alors la convention conforme à l'article 7 et 13 est établie entre le centre de fécondation et la receveuse ou le cas échéant, le couple receveur, comme prévu à l'article 33. En cas de réponse négative, celle-ci doit se faire conformément à l'article 5 alinéa 2.

Dans le cas de la constitution d'un embryon, il est également possible d'effectuer sur celui-ci un diagnostic génétique préimplantatoire. Pour ce faire, une convention entre le centre consulté et le ou les auteur(s) du projet est établie, conformément à l'article 69. Cependant, pour être licite, cette convention doit respecter les conditions prévues aux articles 67 et 68.

¹¹⁸ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, Législatif. CPMA, sans date, Disponible sur:

http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=55&lang=fr.

¹¹⁹ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 311.

Sous-section 3: diagnostic génétique préimplantatoire

Le diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) n'est pas une méthode de PMA, mais constitue tout de même un point abordé dans la loi du 6 juillet 2007. Nous allons donc en quelques mots expliquer en quoi il consiste et voir ce que cette loi en dit.

Comme nous l'avons déjà précisé dans le chapitre 1 il s'agit, dans le cadre d'une fécondation in vitro, de l'analyse d'une ou des caractéristiques génétiques d'embryons in vitro afin d'obtenir des informations "qui vont être utilisées pour choisir les embryons qui seront implantés"¹²⁰.

À première vue, cette pratique semble peu éthique. Elle est cependant permise par le législateur lorsque son but est thérapeutique. Et par conséquent, elle est interdite lorsqu'il est à caractère eugénique ou axé sur la sélection du sexe¹²¹. La loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro définit ce qu'on entend par "caractère eugénique", mais ce point sera développé plus loin, dans le cadre du don.

L'article 67 de la loi du 6 juillet 2007 prévoit une exception en son point 2. La sélection du sexe est effectivement possible lorsque cette sélection permet d'écarter les embryons atteints de maladies liées au sexe.

L'article 68 constitue également une exception. Il permet le DPI tel qu'il est interdit à l'article 67 dans l'intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né du ou des auteurs du projet parental¹²². Il s'agit de la pratique du bébé médicament. En effet, un embryon peut être choisi selon ses caractéristiques, afin de sauver un frère ou une sœur atteint d'une maladie génétique incurable. Selon l'article 68, il appartient au centre de fécondation d'estimer que le projet parental n'a pas pour seul objectif la réalisation de cet intérêt thérapeutique. L'enfant conçu par un embryon choisi dans le cadre d'une DPI doit aussi être désiré pour lui-même. Le centre de génétique humaine doit confirmer cette estimation et joindre son avis au dossier, et ce, toujours selon l'article 68.

La pratique du bébé médicament ne sera pas vue en détail ici, car cette problématique sort du thème de ce travail, le but étant de savoir ce qu'il est possible de faire lorsqu'il nous est impossible d'avoir un enfant par voie naturelle.

¹²⁰ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, avis n°49 relatif à l'utilisation du diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) pour détecter les porteurs sains d'une mutation causant une affection héréditaire grave qui peut entraîner un risque élevé pour les descendants, 20 avril 2009.

¹²¹ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 67, M.B. 17 juillet 2007.

¹²² 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 346.

Tout comme les techniques de PMA, le DPI fera l'objet d'une convention entre le ou les auteurs du projet parental et le centre de fécondation consulté, à condition bien sûr de respecter les conditions des articles 67 et 68. Il ne pourra être effectué que "dans un centre de fécondation et dans un centre de génétique humaine qui a établi une convention de collaboration spécifique à cet effet"¹²³.

Conformément à l'article 70, les personnes travaillant pour ou dans un centre de fécondation ou de génétique humaine et qui ont par conséquent accès aux données personnelles afférentes aux auteurs des projets parentaux sont tenues au secret professionnel. Si elles ne respectent pas ce principe, cet article précise qu'elles sont passibles de sanctions et renvoie à l'article 458 du Code pénal. Ces sanctions sont détaillées infra, au chapitre qui leur est consacré.

Section 3: coût de ces procédures

Sous-section 1: en Belgique

En Belgique, plusieurs textes réglementent l'aspect financier de la procréation médicalement assistée. Ceux-ci font en sorte de rendre des procédures médicales très onéreuses accessibles pour tous les Belges mutualistes. En effet, comme nous allons le voir, des forfaits sont alloués aux patients sous certaines conditions et plusieurs traitements sont remboursés.¹²⁴

- Insémination artificielle

Dans le cadre de l'insémination artificielle, l'INAMI couvre presque la totalité des actes médicaux tels que les consultations, échographies, prises de sang et l'acte de l'insémination intra-utérine. Cependant, certains frais restent à charge du patient. La pipette à injection unique par exemple, ou encore le ticket modérateur de certains examens et consultations. Dans le cas d'une insémination artificielle, il n'y pas de limite au nombre d'essais remboursés.¹²⁵ La demande d'insémination, si elle s'effectue avec une stimulation ovarienne avec donc des gonadotrophines, et que les patients remplissent les conditions établies par l'INAMI pour en bénéficier, doit être faite auprès de la mutuelle

¹²³ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons sur-numéraires et des gamètes, art. 71, M.B. 17 juillet 2007.

¹²⁴ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, financier. CPMA, sans date, Disponible sur:

http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=55&lang=fr.

¹²⁵ NATISENS, *Prise en charge de la PMA par la mutuelle en Belgique*. Natisens, sans date, Disponible sur: http://www.natisens.com/articles/administration/secu_belgique.html.

pour qu'elle soit également prise en charge¹²⁶. Un modèle du formulaire de demande se retrouve en annexe¹²⁷ de ce travail. Ce forfait est prévu dans l'article 4 de l'arrêté du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine et se nomme PMA3. Il est alloué, comme précisé plus haut, aux femmes bénéficiant de spécialités pharmaceutiques visées au point 1 de l'article, ainsi que pour celles prévues au point 2.¹²⁸ Se trouve également en annexe (annexe B2), le modèle de l'autorisation d'obtention de ce forfait. L'annexe B3 quant à elle correspond au formulaire complété par le gynécologue.

Une condition d'âge de la patiente est imposée, elle doit être âgée de moins de 43 ans. De plus, le nombre de forfaits PMA3 octroyés est limité à 6 "pour un traitement visé au 1° du premier alinéa" et à 6 également "pour un traitement visé au 2° du premier alinéa"¹²⁹.

Dans le cadre d'une insémination artificielle avec donneur, il faut ajouter au coût de l'insémination classique celui des paillettes de sperme. Actuellement, il n'y a pas de prise en charge par la mutuelle des frais relatifs aux paillettes de sperme¹³⁰.

- Fécondation in vitro

Dans le cas d'une fécondation in vitro, le processus étant plus technique, les frais seront plus élevés. Par conséquent, les forfaits alloués le seront également.

La totalité des frais de laboratoire est remboursée par la mutuelle. En effet, par l'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, un forfait de 1182 € est prévu en cas de FIV, ainsi que dans le cas d'une injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes. Cette somme est attribuée pour un cycle. Par cycle, on entend l'ensemble des activités de laboratoire requises dans le cadre d'une FIV ou d'une ICSI. L'ensemble des frais de laboratoire prévus lors d'une FIV, à savoir la préparation des spermatozoïdes en

¹²⁶ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, financier. CPMA, sans date, Disponible sur: " CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, financier. CPMA, sans date, Disponible sur:

"http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=55&lang=fr"

¹²⁷ Annexe B1.

¹²⁸ A.R. du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, art. 4, M.B. 14 octobre 2008.

¹²⁹ Ibidem.

¹³⁰ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, Cas particuliers. CPMA, sans date, Disponible sur: http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=65%3Ala-prise-en-charge-des-patientes-necessitant-un-don-de-sperme&catid=36%3Anos-traitements-g-cas-particuliers&Itemid=67&lang=fr.

vue d'insémination, la fécondation, par FIV ou par ICSI, la culture des embryons obtenus et leur évaluation morphologique, ainsi que la cryoconservation (congélation, stockage et décongélation)¹³¹ sont donc financés.

Ce forfait est accordé, toujours selon le même arrêté, aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréés de "médecine de la reproduction B". Rappelons-le, les programmes de soins B, contrairement aux A, recourent à un laboratoire de procréation médicalement assistée ¹³² et pour être agréé au sens de l'article 76bis de cet arrêté, le programme de soins doit répondre aux normes fixées à l'arrêté royal du 15 juillet 1999.¹³³

De plus, pour que le forfait soit accordé, "l'âge de la femme pour lequel le cycle est accompli est de 42 ans au maximum"¹³⁴. Le nombre de cycles, pour bénéficier de cette disposition, est limité à 6.

Au niveau des formalités, pour se voir attribuer ce remboursement, il faut être en possession d'une demande de traitement de FIV faite au centre, signée par le médecin et se rendre avec ce document à sa mutuelle. Si le médecin-conseil donne son approbation, il envoie au patient un formulaire intitulé "Remboursement des coûts de laboratoire pour la médecine reproductive". Le document est remis au médecin qui le remplit à chaque cycle. Le document ne sera remis à la mutuelle qu'en cas de grossesse ou si on atteint la sixième tentative de FIV. ¹³⁵ À l'annexe 15 de l'arrêté royal du 4 juin 2003 sont reprises des modalités en ce qui concerne le nombre limité d'embryons qu'il est permis d'implanter.

Ce nombre varie en fonction de l'âge de la patiente. Il varie également en fonction de la qualité de l'embryon.¹³⁶

Une femme âgée de moins de 36 ans se voit imposer une limite d'un embryon implanté pour le premier essai, un à deux en fonction de la qualité au deuxième essai et deux au maximum au troisième essai.

¹³¹ NATISENS, *Prise en charge de la PMA par la mutuelle en Belgique*. Natisens, sans date, Disponible sur: http://www.natisens.com/articles/administration/secu_belgique.html.

¹³² Confer p. 22.

¹³³ A.R. du 15 juillet 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "médecine de la reproduction" doivent répondre pour être agréées". M.B. 25 mars 1999, p. 9555.

¹³⁴ A.R. 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.

¹³⁵ NATISENS, *Prise en charge de la PMA par la mutuelle en Belgique*. Natisens, sans date, Disponible sur: http://www.natisens.com/articles/administration/secu_belgique.html.

¹³⁶ Ibidem, annexe 15.

Une femme qui a entre 36 et 39 ans se voit imposer une limite de deux embryons au premier essai, deux également au deuxième et au troisième, trois au maximum.

Par contre, pour les patientes âgées de plus de 40 ans, il n'y a aucune limite prévue par la loi.

En cas de décongélation embryonnaire, peu importe l'âge de la patiente, la limite est fixée à deux embryons à implanter.¹³⁷

Par conséquent, cet arrêté royal, en plus d'avoir le but de rendre les traitements de PMA accessibles à tous, permet également de limiter les grossesses multiples.¹³⁸

L'arrêté royal du 6 octobre 2008 intervient également dans le cadre d'une fécondation in vitro. En ce qui concerne les médicaments, une intervention forfaitaire est prévue.¹³⁹ Selon l'article 2 de cet arrêté de 2008, une somme de 920 €, un forfait PMA1, "est octroyé par cycle complet dans le coût des spécialités pharmaceutiques". Il doit s'agir des spécialités pharmaceutiques définies à "l'article 1^{er}, 7° 2) et 3)". Il s'agissait autrefois d'une somme de 1073 €, mais celle-ci a été réduite à 920 € par un arrêté royal du 16 septembre 2013, modifiant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

Il y a néanmoins deux conditions à respecter pour bénéficier de ce forfait PMA1. La patiente doit remplir les conditions de remboursement des frais de laboratoires vues plus haut dans le cadre de l'arrêté de 2003. Il faut également que les médicaments soient prescrits par un gynécologue attaché à l'hôpital qui a réalisé la FIV et délivrés dans ce même hôpital.¹⁴⁰

C'est à la bénéficiaire d'en faire la demande via un formulaire que nous pouvons retrouver à l'annexe A1 de cet arrêté, et se verra, peut-être, délivrer une autorisation du médecin-conseil, dont le modèle figure à l'annexe A2.

¹³⁷ NATISENS, *Prise en charge de la PMA par la mutuelle en Belgique*. Natisens, sans date, Disponible sur: http://www.natisens.com/articles/administration/secu_belgique.html.

¹³⁸ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, Législatif. CPMA, sans date, Disponible sur: http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=85&lang=fr.

¹³⁹ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU CHU SAINT-PIERRE, Financier. CPMA, sans date, Disponible sur: http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=81&lang=fr.

¹⁴⁰ A.R. du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, art. 2, M.B. 14 octobre 2008.

À la facturation de chaque forfait PMA1, le gynécologue mentionné plus haut complète le formulaire figurant en annexe A3 de l'arrêté et transmet celui-ci au pharmacien hospitalier, qui le tient à disposition du médecin-conseil¹⁴¹.

Lorsqu'une femme, dans le cadre d'une fécondation in vitro, fait appel à un don d'ovocytes, il est possible qu'elle soit bénéficiaire du forfait PMA2, prévu à l'article 3 de l'arrêté du 6 octobre 2008. En effet, lorsqu'il s'agit d'un cycle artificiel, autrement dit lorsque la patiente est une receveuse d'ovocytes, les spécialités pharmaceutiques utilisées à l'occasion d'un don d'ovocytes peuvent être financées par un forfait de 99 €. La somme était, avant 2013, de 115 €, mais a été ramenée à 99 €. ¹⁴²

Tout comme pour les autres forfaits, il faut que le cycle soit réalisé dans "hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction" et que les spécialités pharmaceutiques soient prescrites par un "gynécologue attaché à cet hôpital et délivrées dans ce même hôpital"¹⁴³. La procédure à suivre ainsi que les conditions à respecter sont les mêmes que dans le cas du forfait PMA1. Attention, les forfaits PMA1 et PMA2 ne sont pas cumulables pour un même cycle. En outre, "le nombre de forfaits PMA2 tels que décrits dans le présent article, cumulé au nombre de forfaits PMA1 tels que décrits à l'article 2, qui est octroyé pour une même bénéficiaire, ne peut dépasser le total de 6."¹⁴⁴

Le diagnostic génétique préimplantatoire est remboursé par la mutuelle¹⁴⁵.

Sous-section 2: en France ¹⁴⁶

En France, les tentatives de PMA (Insémination artificielle ou fécondation in vitro) sont prises en charge totalement. Il faut cependant que la patiente ne soit pas âgée de plus de 43 ans.

Dans le cas d'une insémination, six essais sont remboursés. Qu'il s'agisse du sperme du conjoint ou du sperme d'un donneur, la sécurité sociale prend en charge les médicaments

¹⁴¹ A.R. du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, art. 2, M.B. 14 octobre 2008.

¹⁴²A.R. du 16 septembre 2013 modifiant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine. M.B. 20 septembre 2013.

¹⁴³A.R. du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine, art. 3, M.B. 14 octobre 2008.

¹⁴⁴Ibidem.

¹⁴⁵ NATISENS, *Prise en charge de la PMA par la mutuelle en Belgique*. Natisens, sans date, Disponible sur: http://www.natisens.com/articles/administration/secu_belgique.html.

¹⁴⁶Ibidem; SERVICE DES ÉTUDES JURIDIQUES, *Étude de législation comparée n° 193 - janvier 2009 - L'accès à l'assistance médicale à la procréation, 2009*. Disponible sur: "http://www.senat.fr/lc/lc193/lc193.html", (consulté le 12 février 2016).

de stimulation et de phase lutéale, les prises de sang et échographies, la préparation du sperme ainsi que l'acte technique d'insémination.

La fécondation in vitro est remboursée pour quatre essais seulement. Avant toute tentative, un "protocole de soins" est rempli par le médecin. Ce document reprend les spécialistes que les patients pourraient être amenés à rencontrer dans le cadre de la procédure. Ce document doit être remis par le patient à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie. En retour, il est transmis au patient une attestation de prise en charge à 100%. Cette attestation est valable 2 ans. Il n'y aura pour le patient aucune somme à avancer. Chaque tentative doit faire l'objet d'une demande qui doit être déposée à la CPAM. Ici, la différence avec notre pays est que la demande est faite au nom de Madame uniquement. En Belgique, lorsque la demande est faite par un couple, les deux noms apparaissent sur les documents. En France, il est tout à fait normal que le nom de Monsieur n'apparaisse pas dans la demande et dans les attestations qui en découlent.

Si la tentative est acceptée par la CPAM, les médicaments de stimulation et de phase lutéale, les prises de sang et échographie, la préparation du sperme, l'anesthésie, la ponction ovocytaire, la fécondation au laboratoire, les actes de laboratoires nécessaires à la croissance des embryons, le transfert des embryons et enfin la congélation des éventuels embryons surnuméraires seront pris en charge.

Certains éléments ne sont pas remboursés, comme dans notre pays, les seringues et pipettes à usage unique par exemple.

Dans le cas de l'insémination artificielle et de la fécondation in vitro, le compteur du nombre d'essais pris en charge est remis à zéro en cas d'accouchement.

Section 4: destination des embryons surnuméraires et gamètes

Rappelons-le, un embryon surnuméraire est, conformément à l'article 2 de la loi du 6 juillet 2007, un embryon qui a été constitué dans le cadre de la procréation médicalement assistée, mais qui n'a pas été implanté chez la femme. À la section 2 du présent chapitre, nous avons lors du développement du déroulement de la fécondation in vitro évoqué l'"avenir" de ces embryons excédentaires. Cette matière est régie, comme son intitulé l'indique, par la loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. Les options dont disposent les auteurs du projet parental vont être étudiées plus en profondeur, ci-après.

Les gamètes surnuméraires sont eux aussi définis par l'article 2. Il s'agit des gamètes qui ont été prélevés dans le cadre de la procréation médicalement assistée, mais qui n'ont pas été immédiatement utilisés pour une procréation médicalement assistée.

Sous-section 1: cryoconservation dans le cadre du projet parental ou en vue d'un projet parental ultérieur

L'alinéa 1^{er} de l'article 10 de la loi du 6 juillet permet à l'auteur ou aux auteurs du projet parental de cryoconserver, autrement dit, de congeler leurs embryons surnuméraires. Il est donc possible, en cas d'échec d'une FIV, de retenter l'implantation, ou encore de prévoir un projet parental. Précisons qu'il est interdit, tant que le ou les parent(s) d'intention disposent d'embryons congelés qui satisfont aux normes sanitaires requises, de "procéder à de nouveaux prélèvements de gamètes pour constituer d'autres embryons", et ce, conformément à l'article 9. Outre l'obligation pour le centre de fécondation de fournir une information générale et un accompagnement, prévue au point 1 de l'article 12, une obligation d'information spécifique est, elle, prévue au point 2 et concerne la durée ainsi que les conditions de la cryoconservation. Une obligation d'information spécifique relative aux différentes "destinations envisageables à l'expiration du délai" est également imposée au point 3 de l'article 12¹⁴⁷.

Ces informations guident ainsi le ou les auteurs du projet parental dans leur choix sur le sort des embryons surnuméraires. En effet, dans certains cas il ne sera plus question de mettre en place un projet parental à l'aide de ces embryons. Dans le cas d'une séparation, d'un divorce, d'une divergence d'opinion insoluble pour commencer, en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès d'un des auteurs et à l'expiration du délai de conservation.¹⁴⁸

Notons que l'option préférée par la personne seule ou par le couple devra être mentionnée dans la convention visée à l'article 7. ¹⁴⁹

Les gamètes, tout comme les embryons surnuméraires, peuvent, en vertu de l'alinéa 1^{er} de l'article 40, faire l'objet d'une cryoconservation" en vue de la réalisation du projet parental ou d'un projet parental ultérieur". Tout comme dans le cadre d'une cryoconservation d'embryons surnuméraires, le centre a un devoir général d'information et d'accompagnement prévu à l'article 6, ainsi qu'un devoir d'information spécifique relative à la durée et aux conditions de conservation des gamètes ainsi qu'aux différentes options possibles quant au sort des gamètes à l'expiration du délai, en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès de celui qui a sollicité la cryoconservation.¹⁵⁰ L'option choi-

¹⁴⁷ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 309.

¹⁴⁸ Ibidem.

¹⁴⁹ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.13, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁵⁰ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 309-310.

sie par le ou les auteur(s) du projet parental est à préciser dans la convention établie avec le centre.¹⁵¹

Qu'il s'agisse d'une cryoconservation de gamètes ou d'embryons surnuméraires, il y a donc un délai imposé par la loi.

En ce qui concerne les embryons surnuméraires, l'alinéa 1^{er} de l'article 17 de la loi du 6 juillet 2007 fixe à cinq ans leur délai de conservation des dans la perspective de la réalisation du projet parental ou d'un projet parental ultérieur. Ce délai prend cours au jour de la congélation.¹⁵² Le législateur justifie l'imposition de ce délai par deux arguments. Le premier étant la nécessité "d'uniformiser pour plus de transparence" et le deuxième étant, quant à lui, le besoin "d'imposer une échéance au projet parental".¹⁵³ Le délai retenu par le législateur est de cinq ans, car cette durée ne devait ni être trop courte pour permettre aux parents d'avoir des naissances espacées, de plus, une durée trop courte pourrait imposer une pression psychologique aux parents et déboucher sur des décisions précipitées et non réfléchies. Cependant, une durée trop longue pourrait augmenter les risques de voir des problèmes surgir lors de la cryoconservation¹⁵⁴. Voilà ce qui a mené le législateur à opter pour délai de cinq ans. Néanmoins, des exceptions sont prévues, ce délai peut être réduit conformément à l'alinéa 2 de l'article 17. L'article 18 quant à lui permet de le prolonger "en raison de circonstances particulières" soumises à l'appréciation du centre de fécondation. Ces dérogations au délai légal peuvent être convenues dans la convention initiale prévue aux articles 7 et 13 ou donner lieu à une modification subséquente de celle-ci prévue aux articles 8 et 14.

Le délai de conservation des gamètes cryoconservés en vue de la réalisation d'un projet parental est consacré à l'article 46 et tout comme pour les embryons surnuméraires, ce délai prend cours au jour de la cryoconservation. Là aussi, le délai peut être réduit ou prolongé grâce respectivement aux articles 46 et 47. "Les circonstances particulières" justifiant la prolongation rendue possible par l'article 47 sont, à l'instar de celles prévues par l'article 18, sont soumises à l'appréciation du centre.

Lorsque le délai de cryoconservation des embryons surnuméraires expire, il est prévu à l'alinéa 3 de l'article 17 que le centre de fécondation effectue l'option retenue par le ou les auteurs du projet parental¹⁵⁵. Rappelons les options possibles citées à l'article 10.

¹⁵¹ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.41 et 42, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁵² 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 310.

¹⁵³ Ibidem, p. 311.

¹⁵⁴ Ibidem.

¹⁵⁵ Ibidem, p. 321.

À l'expiration du délai de conservations, les embryons peuvent : " être intégrés dans un protocole de recherche scientifique conformément à la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro; être détruits; être affectés à un programme de don d'embryons". L'article 13 impose que l'alternative soit exprimée dans la convention consacrée par l'article 7. Vous trouverez le modèle de la convention par laquelle l'homme décide de congeler son sperme, ainsi que la destruction de ses gamètes si le délai est dépassé, en annexe¹⁵⁶.

À l'expiration du délai de cryoconservation des gamètes, les règles sont les mêmes selon l'alinéa 3 de l'article 46. Les options possibles sont prévues à l'article 40 et celle qui a été retenue doit être formulée, selon l'article 42, dans la convention prévue à l'article 7.¹⁵⁷

En plus de l'expiration du délai, comme nous l'avons déjà précisé antérieurement, le désaccord insoluble entre les auteurs du projet parental, une séparation, un divorce, le décès¹⁵⁸ d'un des auteurs, feront en sorte que le projet parental prévu suite à une cryoconservation ne pourra pas avoir lieu. Les embryons ou les gamètes surnuméraires pourront, entre autres, être affectés à un programme de recherche scientifique.

Sous-section 2: affectation des gamètes ou des embryons surnuméraires à un programme de recherche

- Les gamètes

Les gamètes surnuméraires peuvent être intégrés dans un protocole de recherche conformément à l'article 48 de la loi du 6 juillet 2007, si le projet parental prévu à la base ne peut pas être mis en place. Toutefois, et ce, contrairement aux embryons, il est tout à fait possible que les gamètes soient prélevés dans le but unique d'être affectés à un programme de recherche.¹⁵⁹ C'est pour cette raison que malgré l'illicéité de tout caractère onéreux de recherche sur les gamètes, une indemnité peut être prévue par arrêté royal¹⁶⁰. Précisons tout de même que cette indemnité n'est pas autorisée lorsque de base, les gamètes ont été prélevés dans l'optique d'un projet parental. Cette idée n'est pas clairement précisée certes, cependant, l'idée de cette indemnité est le remboursement des frais de la personne qui fait don de ses gamètes uniquement dans un but scien-

¹⁵⁶ Annexe point 3.

¹⁵⁷ Ibidem.

¹⁵⁸ Dans le cas du décès d'un des auteurs la procréation post-mortem est envisageable, cette procédure fera l'objet d'un chapitre propre.

¹⁵⁹ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.37, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁶⁰ Ibidem, art. 48 al. 1^{er}.

tifique.¹⁶¹ L'affectation des gamètes à un programme de recherche scientifique doit être précisée dans la convention prévue à l'article 7. La personne prélevée peut changer d'avis jusqu'au moment du prélèvement.¹⁶² Même si ce n'est pas précisé dans la loi de 2007 en ce qui concerne les gamètes, cette irrévocabilité est conforme à la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro, plus précisément à l'article 8, alinéa 4.

En effet, la loi du 11 mai 2003 régit la recherche scientifique sur les embryons et gamètes surnuméraires et doit donc être lue en parallèle à la loi de 2007.

Le délai de conservation des gamètes affectés à la recherche "est fixé par le centre de fécondation consulté"¹⁶³.

- Les embryons

À l'instar des gamètes surnuméraires, et pour les mêmes raisons de non-réalisation du projet parental, les embryons surnuméraires peuvent être affectés à un programme de recherche au sens de la loi du 11 mai 2003¹⁶⁴. Cela doit se faire à titre gratuit et dans le cas présent, aucune indemnité n'est prévue.¹⁶⁵ De plus, la commercialisation des embryons surnuméraires est interdite¹⁶⁶. Selon l'article 20, ce choix de don à la recherche doit se trouver dans la convention prévue aux articles 7 et 13. Là aussi, cette décision peut être retirée jusqu'au début de la recherche.¹⁶⁷ L'alinéa 2 de l'article 20 précise que cette possibilité est conforme à la loi du 11 mai 2003. Le délai de conservation est fixé par le centre de fécondation consulté¹⁶⁸. La loi du 11 mai 2003 étant plus ancienne et toujours d'application, la loi de 2007 doit être conforme à celle-ci. Par ailleurs, les dispositions relatives à la recherche sur les embryons surnuméraires doivent être "lues conjointement"¹⁶⁹ à la loi de 2003. En effet, cette dernière encadre la recherche, elle établit les conditions dans lesquelles elle est admise. Les conditions essentielles à la licéité de la recherche sur les embryons in vitro sont reprises à l'article 3.

¹⁶¹ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 323-324.

¹⁶² L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.49, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁶³ Ibidem, art. 50.

¹⁶⁴ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 322.

¹⁶⁵ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.19, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁶⁶ Ibidem, alinéa 2.

¹⁶⁷ Ibidem, art. 20 al. 2.

¹⁶⁸ Ibidem, art. 21.

¹⁶⁹ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 326.

La recherche n'est possible que sur des embryons in vitro surnuméraires, autrement dit, la constitution d'embryons à des fins de recherche est interdite à moins que cette constitution soit nécessaire pour que l'objectif de cette recherche soit atteint¹⁷⁰.

La loi de 2003 institue une Commission fédérale par son article 9. Ses missions, reprises à l'article 10, sont de recueillir et de centraliser les informations relatives aux différents projets de recherche sur l'embryon, de prévenir le développement scientifiquement injustifié de projets de recherche identiques, d'évaluer l'application de la loi et de formuler des recommandations, sous forme d'avis, en vue d'une initiative législative ou à destination des comités locaux d'éthique. Elle doit également examiner tous les projets de recherche qui lui sont communiqués.

Des sanctions sont prévues en cas de réalisation d'interdits envisagés dans cette même loi, comme nous l'avons déjà mentionné, à l'article 4, mais également au point 5 de l'article 3, à l'article 5 ainsi qu'à l'article 6. L'article 6 interdit le clonage reproductif, qui s'oppose au clonage thérapeutique qui, lui, est autorisé. À présent, nous pouvons donc affirmer qu'il n'y a pas de limites liées à l'intérêt thérapeutique dans le domaine de la PMA, sauf, nous le verrons, dans le cas du diagnostic préimplantatoire¹⁷¹.

Les sanctions se trouvent aux articles 13 et 14 de la loi de 2003.

Sous-section 3: don de gamètes et d'embryons surnuméraires

Les gamètes et les embryons surnuméraires cryoconservés dans le cadre d'un projet parental qui n'aura "finalement" pas lieu en raison des cas cités à la sous-section 1¹⁷² peuvent également être affectés à un programme de don, conformément à l'article 10 pour les embryons et à l'article 40 pour les gamètes. Rappelons que cette volonté de "céder" ces embryons ou gamètes surnuméraires doit figurer dans la convention comme prévu aux articles 13 et 42.

Selon l'article 37, les gamètes, eux, peuvent être prélevés "en dehors de tout projet parental pour être affectés à un programme de don"¹⁷³.

¹⁷⁰ L. du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro. M.B. 28 mai 2003, art. 4.

¹⁷¹ LEULEU, Y-H., "Protection et maîtrise du corps", in *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 139.

¹⁷² Sous-section 1: cryoconservation dans le cadre du projet parental ou en vue d'un projet parental ultérieur, dépassement du délai de cryoconservation; décès ; désaccord irrémédiable, séparation ou divorce.

¹⁷³ 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", *Rev. trim. dr. fam.*, 2/2008, p. 326.

1. Procédure
 - Embryons surnuméraires

Le don d'embryons surnuméraires est rendu licite par l'article 22 de la loi du 6 juillet 2007. Le ou les auteurs du projet parental qui désirent faire don de leurs embryons doivent s'engager, via la convention établie avec le centre de fécondation¹⁷⁴, à passer les examens et à communiquer les informations médicales nécessaires au centre afin qu'il puisse s'assurer "du respect de la sécurité sanitaire des embryons donnés"¹⁷⁵. Les informations que doivent livrer les donneurs sont reprises à l'article 35:

"1° les informations médicales relatives aux deux géniteurs d'embryons surnuméraires, susceptibles de revêtir une importance pour le développement sain de l'enfant à naître; 2° les caractéristiques physiques des deux géniteurs d'embryons surnuméraires; 3° les informations nécessaires à l'application de la présente loi."

Suivant l'article 36, les informations médicales du point 1 de l'article 35 peuvent être communiquées aux receveurs, s'ils le souhaitent, ainsi qu'au médecin traitant "de la personne qui a été conçue par l'implantation d'embryons surnuméraires" si sa santé le requiert et à celui de la receveuse ou du couple receveur.

Dans l'optique où ces examens ne seraient pas concluants, les embryons peuvent être détruits ou affectés à la recherche scientifique. La destination choisie doit être exprimée dans la convention.¹⁷⁶ Et enfin, si les donneurs s'abstiennent ou refusent de se soumettre aux examens médicaux, les mêmes destinations alternatives sont prévues et là aussi, le choix doit se retrouver dans la convention¹⁷⁷. Une fois la procédure de don lancée, elle est irrévocable. L'article 29 impose d'ailleurs au centre, en plus de l'obligation générale d'information de l'article 6, l'obligation d'informer les donneurs sur les conséquences de leur don.

L'article 31 dicte également une obligation d'information pour les centres en ce qui concerne les receveurs. Ils sont informés sur la procédure à suivre.

La demande des receveurs doit se faire par lettre recommandée au centre, qui lui doit répondre dans les deux mois.¹⁷⁸ Si la réponse est positive, une convention sera établie entre le ou les receveur(s) et le centre consulté conformément à l'article 33. Toujours selon l'article 33, si la réponse est négative, elle devra respecter l'alinéa 3 de l'article 5.

¹⁷⁴ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.13, M.B. 17 juillet 2007.

¹⁷⁵ Ibidem, art 30 point 1.

¹⁷⁶ Ibidem, point 2.

¹⁷⁷ Ibidem, point 3.

¹⁷⁸ Ibidem, art. 32.

Comme pour la recherche scientifique, le délai de conservation des embryons surnuméraires affectés à un programme de don est fixé par le centre.¹⁷⁹

Chaque type de don a des indications différentes. Ici, le don d'embryons surnuméraires est selon les mots du Comité consultatif de Bioéthique "une solution alternative face à la pénurie de donneurs d'ovocytes et compte tenu de la disponibilité de nombreux embryons surnuméraires". L'enfant qui naîtra de ce don n'aura aucun lien génétique avec les parents d'intention. Le don d'embryon peut donc être considéré comme une sorte "d'adoption prénatale", mais qui offre la chance à la mère de porter l'enfant et qui constitue une procédure moins éreintante¹⁸⁰.

Le don d'embryons surnuméraires est licite, mais doit être gratuit¹⁸¹. Aucune indemnité n'est prévue pour ce don, car la procédure ne coûte rien aux personnes prélevées¹⁸².

- Gamètes

Le don de gamètes est licite conformément à l'article 51 alinéa 1^{er}.

Une convention doit être signée entre le donneur et le centre de fécondation. Par cette convention, le donneur s'engage, comme dans le cas d'un don d'embryons, à passer les examens et à fournir les informations médicales nécessaires. En effet, le centre de fécondation doit pouvoir s'assurer du respect de la sécurité sanitaire des gamètes.¹⁸³ Les informations à communiquer par le donneur sont reprises à l'article 64.

Selon l'article 65, les informations "médicales relatives au donneur de gamètes, susceptibles de revêtir une importance pour le développement sain de l'enfant à naître" peuvent être communiquées par le centre à la receveuse, ou au couple receveur qui le demande au moment de faire un choix, ainsi qu'au médecin traitant "de la personne qui a été conçue par l'insémination de gamètes" si sa santé le requiert, et à celui de la receveuse ou du couple receveur.

Si le donneur refuse les examens ou que les résultats ne sont pas concluants, les gamètes peuvent être détruits ou affectés à la recherche scientifique. La destination que le don-

¹⁷⁹ Ibidem, art. 34.

¹⁸⁰ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 329.

¹⁸¹ Ibidem, art. 20.

¹⁸² COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n°29 relatif aux dons d'embryons, 21 juin 2004, p. 8.

¹⁸³ Ibidem, art. 59.

neur a choisie doit être spécifiée dans la convention. Une fois la procédure de don lancée, elle est irrévocable.¹⁸⁴

Jusque-là, les règles en ce qui concerne le don de gamètes sont similaires à celles du don d'embryons surnuméraires. De plus, la procédure à suivre par le donneur ainsi que par la receveuse ou le couple receveur est, elle aussi, identique.

L'article 58 prévoit aussi pour les centres d'information une obligation préalable destinée aux donneurs et l'article 60 prévoit qu'une information est fournie aux receveurs en ce qui concerne la procédure, procédure qui a été développée dans la sous-section 1: l'insémination artificielle, de la section 1: déroulement de la procédure.

Il y a néanmoins une différence entre le don d'embryons surnuméraires et de gamètes. Le don d'embryons surnuméraires constitue une alternative à un projet parental qui n'a pas pu se mettre en place.¹⁸⁵ Comme nous l'avons précisé dans les premières lignes de cette sous-section, l'article 37 précise que les gamètes peuvent être prélevés "en dehors de tout projet parental pour être affectés à un programme de don". Il y a une conséquence à cette différence au niveau de la gratuité. En effet, l'article 51 permet, pour un don de gamètes, une indemnité fixée par le Roi permettant de rembourser les frais de déplacement ou de perte de salaire de la personne prélevée ou encore les frais d'hospitalisation.

Or, cette indemnité, comme nous l'avons précisé supra, n'est pas prévue dans le cas d'un don d'embryons surnuméraires. Par conséquent, même si le législateur n'est pas tout à fait clair à ce propos, nous supposons que cette indemnité n'est accordée que pour les hypothèses où le prélèvement a été réalisé dans le but d'affecter les gamètes à un don, et non pour celles de don de gamètes à caractère surnuméraire¹⁸⁶.

2. Les interdits dans le cadre du don

L'article 23 interdit le don d'embryons surnuméraires à caractère eugénique. L'eugénisme est défini par l'article 5 point 4 de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro comme l'accomplissement de recherches "axées sur la sélection ou l'amplification de caractéristiques génétiques non pathologiques de l'espèce humaine". Toujours en vertu de l'article 23, le don d'embryons surnuméraires axé sur la sélection du sexe est lui aussi interdit. Là aussi, la loi de 2007 se base sur celle de 2003 plus précisément sur le

¹⁸⁴ Ibidem, art. 59 alinéa 2.

¹⁸⁵ Sous-section 1: cryoconservation dans le cadre du projet parental ou en vue d'un projet parental ultérieur.

¹⁸⁶ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 330.

point 5 de l'article 5, qui spécifie que la sélection du sexe est acceptable si son but est d'écarter les embryons atteints de maladies liées au sexe.

L'article 24 précise que l'appariement n'est pas considéré comme de l'eugénisme. L'appariement consiste en la recherche d'un donneur dont les caractéristiques sont les plus proches du couple receveur (groupe sanguin compatible, mais aussi caractères morphologiques de l'homme, afin d'éviter une différence trop importante d'apparence physique entre l'enfant et ses parents). Le but de l'appariement est différent de celui des pratiques à caractère eugénique. L'eugénisme a pour objectif un idéal déterminé, alors que l'appariement a pour but la prévention des accidents d'incompatibilité sanguine ainsi que la possibilité du maintien du secret sur le mode de conception.

L'article 25 interdit "l'implantation simultanée d'embryons provenant de différents donneurs d'embryons surnuméraires".

Enfin, l'article 26 énonce que "les embryons surnuméraires d'un même donneur ou couple de donneurs ne peuvent conduire à la naissance d'enfants chez plus de six femmes différentes".

Les articles 52 à 55 énoncent les mêmes obligations pour les gamètes.

De surcroît, la commercialisation des embryons surnuméraires et des gamètes est interdite respectivement par les articles 22 et 51.

3. Secret envers l'enfant sur sa conception

Le secret sur le mode de conception ne concerne pas la possibilité de connaître l'identité d'un donneur. Il s'agit là d'un concept différent de celui de l'anonymat, qui sera également abordé. La question est de révéler ou non à l'enfant qu'il a été conçu dans le cadre d'une procréation médicalement assistée¹⁸⁷.

Cette problématique du secret sur le mode de conception n'est pas réglementée dans la loi du 6 juillet 2007. Au niveau du droit international, l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme consacre le respect de la vie privée et familiale. Imposer aux parents la levée du secret sur la conception de leur enfant pourrait être considéré comme une entrave à leur intimité. À cela se confronte le droit de l'article 7 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, dans la mesure du possible, de con-

¹⁸⁷ Comité consultatif de Bioéthique, Avis n° 27 relatif au don de sperme et d'ovules, 8 mars 2004, p. 21.

naître ses parents et d'être élevé par eux.¹⁸⁸ Ces articles, même s'ils s'opposent, sont libres d'interprétation et chaque état peut donc les appliquer de façon différente.

En Belgique, le Comité consultatif de Bioéthique s'est penché sur ce sujet dans deux avis, rendus en 2004. En ce qui concerne l'article 7 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, le fait qu'il contienne cette précision: "dans la mesure du possible" permet, comme nous l'avons déjà précisé plus haut, une certaine liberté d'appréciation. Mais la vraie question est de savoir ce qu'il est entendu par parents. Si par "parents" ne sont pas uniquement visés les parents biologiques, mais également les parents qui élèveront l'enfant,¹⁸⁹ il s'agit d'un argument pour la possibilité du maintien du secret. En ce qui concerne l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, le Comité considère qu'une interdiction du maintien du secret constituerait une entrave au droit à la vie privée consacré à cet article.

Cependant, il existe des contre-arguments plutôt d'ordre psychologique. Certains pensent qu'un secret de famille d'une telle importance peut être source de mal-être dans une famille. La découverte, par la suite, de sa conception par un donneur pourrait être traumatisante pour l'enfant.

Les personnes en faveur de la possibilité du maintien du secret répondent à cet argument qu'il n'y a aucune preuve formelle des conséquences psychiques négatives du maintien du secret et précise même que l'interférence d'un tiers pourrait être tout aussi néfaste.

Le Comité a considéré que les arguments repris dans l'avis n°27 du 8 mars 2004 ne sont pas assez forts pour imposer la levée du secret de conception. Le droit qu'ont les parents de choisir le type d'éducation qu'ils désirent donner à leurs enfants est un droit plus fort que celui des enfants de connaître leur mode de conception, selon le Comité. En outre, il accorde une légitimité plus importante à la parenté socio-éducative qu'à la parenté génétique¹⁹⁰. Par conséquent, le Comité a considéré que les parents qui élèvent l'enfant doivent avoir la liberté de révéler ou non le mode de conception. Il a donc conclu qu'actuellement il n'était pas opportun d'encadrer légalement la question du secret du mode de conception à l'égard de l'enfant¹⁹¹. Le Comité a tout de même précisé "qu'il était souhai-

¹⁸⁸ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 331.

¹⁸⁹ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n° 27 relatif au don de sperme et d'ovules, 8 mars 2004, p. 21.

¹⁹⁰ Ibidem, p. 23.

¹⁹¹ Ibidem, p. 46-48.

table de l'en informer au plus vite afin de lui éviter des traumatismes consécutifs à une révélation fortuite ou liés au fait qu'il ressent l'existence d'un secret de famille"¹⁹².

4. L'anonymat

Si le secret du mode de conception est levé, peut alors se poser la question de l'anonymat¹⁹³

Lorsqu'une personne fait don de ses gamètes, ou un couple de ses embryons surnuméraires, qu'advient-il des informations personnelles les concernant? Quid de l'"aménagement de l'anonymat"? Les possibilités ne doivent pas être réduites à une simple division dichotomique. Il existe plusieurs voies envisageables en ce qui concerne l'anonymat du don pour les pays où la procréation médicalement assistée avec donneur est autorisée.¹⁹⁴

Il est possible que l'anonymat du donneur soit absolu, c'est-à-dire qu'aucune information le concernant ne peut être divulguée, et ce, qu'elle soit identifiante ou non. C'est d'ailleurs l'option appliquée en France.

Certains états, au contraire, ont opté pour la levée totale de l'anonymat. L'enfant a droit d'avoir accès à toutes les données relatives au donneur. C'est le cas, notamment, des Pays-Bas¹⁹⁵.

Tout n'est pas tout noir ou tout blanc. Des aménagements moins extrêmes existent. Par exemple, tout en gardant comme principe général, l'anonymat, il est possible, dans certains pays (Grèce ou Portugal), d'accéder aux informations médicales ou génétiques relatives au donneur pour des raisons de santé¹⁹⁶. Exceptionnellement, à des données identifiantes. Par "exceptionnellement", on entend notamment un besoin d'une greffe de moelle osseuse¹⁹⁷.

L'option d'un système "mixte" est également envisageable et c'est d'ailleurs le cas dans notre pays. L'anonymat est imposé ou non en fonction du don¹⁹⁸. Le don d'embryons surnuméraires est obligatoirement anonyme. Ce principe est imposé par l'alinéa 2 de l'article 22 de la loi du 6 juillet 2007. Le don de gamètes non anonyme est par contre autorisé par l'article 57. Il doit résulter d'un accord entre receveur et donneur et le centre

¹⁹² COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n°29 relatif au don d'embryons, 21 juin 2004, p. 8.

¹⁹³ MATHIEU, G., "La place du donneur d'engendrement", in Fulchiron, H. et Sosson J. (sous la direction de) Parenté, filiation, origine, Bruylant, Larcier, 2013, p.138.

¹⁹⁴ Ibidem, p. 139.

¹⁹⁵ Ibidem, p. 140.

¹⁹⁶ Ibidem, p. 141.

¹⁹⁷ Ibidem, note subpaginale (23).

¹⁹⁸ Ibidem, p. 141.

est tenu de rendre inaccessible toute donnée relative à ce dernier. En effet, toute personne travaillant dans ou pour un centre de fécondation est tenue au secret professionnel¹⁹⁹. De plus, le non-anonymat n'étant prévu qu'entre donneur et receveur, l'enfant n'a aucun moyen de connaître les données concernant le donneur. Tout dépendra de ses parents, qui décideront ou non de lui révéler le secret sur son mode de conception²⁰⁰.

Il est néanmoins important de rappeler²⁰¹ que les informations essentielles pour le devenir de la santé de l'enfant peuvent être communiquées "à la receveuse ou au couple receveur qui le demande au moment de faire un choix; pour autant que la santé de la personne qui a été conçue par l'implantation d'embryons surnuméraires le requière, à son médecin traitant et à celui de la receveuse ou du couple receveur", et ce, dans le cas des gamètes, mais également dans le cas des embryons surnuméraires²⁰².

La différence entre le régime appliqué pour les embryons surnuméraires et les gamètes tient de la difficulté d'obtenir des dons d'ovocytes (les donneuses feront donc souvent partie de l'entourage) et du fait de la crainte que "le don d'embryons surnuméraires ne soit alors l'objet d'accords financiers"²⁰³. Précisons que l'anonymat du donneur a bien entendu des conséquences sur la filiation. Mais ce point sera abordé dans le chapitre consacré à la filiation.

Sous-section 4: procréation post mortem

La procréation post mortem est définie de deux façons par la loi de 2007 en fonction qu'il s'agisse d'une implantation ou d'une insémination. L'implantation post mortem est la "technique permettant la fécondation médicalement assistée d'une femme à partir de l'implantation d'embryons surnuméraires cryoconservés que son partenaire a conventionnellement mis à sa disposition par convention avant de décéder"²⁰⁴, l'insémination post mortem, elle, se réalise "à partir de gamètes cryoconservés que son partenaire a mis à disposition par convention avant de décéder"²⁰⁵.

¹⁹⁹ Point plus détaillé au chapitre IV.

²⁰⁰ Confer "3. Secret envers l'enfant sur sa conception" à la même sous-section.

²⁰¹ Sous-section 3: le don, point 1, procédure.

²⁰² L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.36 et 65, M.B. 17 juillet 2007.

²⁰³ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n° 27 relatif au don de sperme et d'ovules, 8 mars 2004, p. 37-39.

²⁰⁴ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art. 2 r), M.B. 17 juillet 2007.

²⁰⁵ Ibidem, art. 2 s).

Rappelons que les articles 13 et 42 de cette loi imposent aux auteurs du projet parental de prévoir dans la convention établie avec le centre de fécondation le sort réservé aux embryons et gamètes surnuméraires congelés en cas de décès d'un des auteurs.

La loi de 2007 rend possible l'utilisation des embryons ou des gamètes surnuméraires congelés afin de mener à bien le projet parental alors qu'un des auteurs est décédé.

La PMA post mortem constitue une régulation qui est loin d'avoir été accueillie favorablement. En effet, les opposants se sont inquiétés du bien-être de l'enfant qui sera orphelin d'un parent. Cependant, le Comité a affirmé que les conséquences pour l'enfant n'étaient pas dommageables au point d'interdire purement et simplement la PMA.²⁰⁶

Le législateur a donc autorisé l'implantation et l'insémination post mortem avec néanmoins des conditions à respecter. Tout d'abord, comme l'impose l'article 15 pour les embryons et 44 pour les gamètes, il faut que la sollicitation de cette procédure soit " explicitement prévue dans la convention".

Il impose également un double délai aux articles 16 et 45. L'implantation ou l'insémination post mortem ne pourra avoir lieu "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 deux ans qui suivent le décès dudit auteur".

Rappelons également qu'il est toujours possible pour le centre de fécondation de refuser le cas d'espèce via une clause de conscience.

Chapitre IV: contrôle et sanctions

La PMA est un sujet très délicat, et par conséquent, comme nous l'avons vu jusqu'à présent, très encadré. La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes constitue le cadre légal principal en ce qui concerne la PMA. Afin d'assurer le respect de ses dispositions ainsi que celles de ses arrêtés, elle prévoit un contrôle en son titre VI/I qui contient deux articles, le 72/1 et le 72/2. Ce titre a été inséré à la loi de 2007 par la loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses (I).

L'article 72/1 confère ce pouvoir de contrôle, sans préjudice des compétences des officiers de la police judiciaire, aux "fonctionnaires statutaires du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ou de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et les membres du personnel qui sont liés par un

²⁰⁶ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n° 28 relatif à la procréation après le décès du/de la partenaire, 21 juin 2004, p. 5.

contrat de travail à durée indéterminée à ce Service public fédéral ou à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, qui sont désignés par le Roi". Le paragraphe 3 de cette loi impose que toute personne directement concernée par l'application de la présente loi fournisse les renseignements et les documents dont les fonctionnaires et les membres du personnel, visés plus haut, ont besoin pour remplir leur mission.

L'article 72/2 prévoit l'imposition par le Roi d'une rétribution "aux hôpitaux et aux associations d'hôpitaux qui exploitent un centre de fertilisation, ainsi qu'aux tiers qui sont concernés par l'utilisation de gamètes et/ou d'embryons à des fins de recherche scientifique pour chaque intervention qui accompagne le contrôle tel que visé par la présente loi, et ce, conformément aux règles qu'il peut fixer". Cet article ajoute que la proportion entre la rétribution et les interventions doit être raisonnable.

Mais que se passe-t-il lorsque les règles imposées par la loi de 2007 ne sont pas respectées?

Cette loi impose, notamment, la confidentialité des informations personnelles relatives aux donneurs ou aux auteurs de projets parentaux, comme nous l'avons précisé supra²⁰⁷. La loi de 2007 prévoit aux articles 28 pour le don d'embryons surnuméraires, 57 pour le don de gamètes et 70 pour le DPI, que les personnes qui travaillent pour ou dans un centre de fécondation ou de génétique humaine et prennent connaissance d'informations personnelles afférentes à l'auteur ou aux auteurs du projet parental sont passibles de sanction en cas d'irrespect de cette confidentialité. En effet, ces personnes sont soumises au secret professionnel. Ces articles renvoient au Code pénal, article 458, qui prévoit, en cas de révélation du secret qui leur est confié (à l'exception de témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire), une sanction "d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent [euros] à cinq cents [euros]". La loi de 2007 renvoie au Code pénal, car il s'agit ici du secret professionnel qui n'est évidemment pas prévu uniquement dans le cas de la PMA, l'article 458 vise toutes les personnes dépositaires du secret qu'on leur confie.

Il existe aussi des sanctions propres à la PMA et donc prévues dans la loi de 2007.

En effet, nous avons vu, en ce qui concerne la procédure de la PMA, qu'il y a plusieurs règles à respecter dans le cadre de médecine reproductive. Pour commencer, des conditions d'accès, par exemple, des limites d'âge ou encore des traitements préalables. Ensuite, dès que la médecine intervient dans la reproduction, une convention est imposée, ainsi que plusieurs mentions qui doivent obligatoirement s'y trouver. Il y a également toute une série d'interdits mis en place par cette loi de 2007. Nous pouvons citer à titre

²⁰⁷ Chapitre III Section 2, sous-section 3: le diagnostic génétique préimplantatoire et Section 4, sous-section 3: le don, point 4: l'anonymat.

d'exemple l'interdiction de commercialisation de gamètes et d'embryons surnuméraires²⁰⁸, ainsi que l'interdiction d'effectuer des pratiques à caractère eugénique²⁰⁹.

Si toutes ces règles sont mises en place, c'est parce que la médecine reproductive est une matière très sensible. Il est donc logique que leur non-respect entraîne des sanctions. La loi de 2007 prévoit des sanctions pénales à l'article 73: "un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 1 000 euros à 10 000 euros ou d'une de ces peines seulement". De plus, l'article 74 ajoute ceci: "En cas de condamnation prononcée en application de l'article 73 de la présente loi, le juge peut en outre prononcer l'interdiction d'exercer toute activité médicale ou de recherche pour une durée de cinq ans".

La loi du 11 mai 2003 ne prévoit pas de sanctions. Il y a néanmoins dans le cadre de la recherche scientifique un contrôle qui est exercé. À l'article 7 de cette loi, il est dit que "toute recherche sur des embryons in vitro doit être soumise au préalable au comité local d'éthique de l'établissement universitaire concerné et à la Commission fédérale pour la recherche médicale et scientifique sur les embryons in vitro". Cette Commission est instituée par l'article 9 de la même loi. Les missions de la Commission fédérale sont reprises à l'article 10 et ont été passées en revue à la section 4, sous-section 4.

Chapitre V: la gestation pour autrui

Section 1: différentes techniques et terminologie

Nous avons défini, au chapitre I, la gestation pour autrui (GPA) comme l'intervention d'une personne tierce, la mère porteuse, dans le cadre de la PMA. C'est elle qui prendra en charge le développement de l'embryon in utero. L'enfant sera remis à la naissance au couple auteur du projet parental²¹⁰. D'ailleurs, d'un point de vue juridique la GPA constitue "un transfert de droits et devoirs déterminés en rapport avec l'enfant"²¹¹

Il y a divers procédés possibles, mais deux situations sont à distinguer, leurs conséquences étant différentes. Lorsque l'ovocyte utilisé est celui de la mère porteuse et non celui de la mère d'intention, la "gestatrice" sera aussi la mère génétique. Il s'agira d'une insémination avec le sperme du père d'intention ou de celui d'un donneur. On parlera ici

²⁰⁸ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.19 et 48, M.B. 17 juillet 2007.

²⁰⁹ Sous-section 3: le don, point 2: les interdits dans le cadre du don.

²¹⁰ SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 2.

²¹¹ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n° 30 relatif à la gestation pour autrui, 5 juillet 2004, p. 4.

de gestation pour autrui de basse technologie. Cette technique est aussi appelée procréation pour autrui²¹².

Il se peut aussi que la mère porteuse fasse l'objet d'une fécondation in vitro d'un embryon qui n'a aucun lien génétique avec elle et ne sera que "gestatrice" (l'ovocyte proviendrait soit de la mère d'intention soit d'une donneuse)²¹³.

Selon Candice Autin, gynéco-obstétricienne au Centre de procréation médicalement assistée du C.H.U. Saint-Pierre, l'expression gestation pour autrui ne désigne que la situation lors de laquelle la mère porteuse fait l'objet d'une fécondation in vitro et qu'elle ne partage donc aucun lien génétique avec l'enfant. Si c'est le cas, il s'agit alors d'une maternité de substitution. Pourtant, plusieurs textes émanant du Sénat²¹⁴, ou encore dans l'univers médical, utilisent de la même façon ces expressions.

La terminologie demeure confuse en ce qui concerne les différentes méthodes. Un cadre légal pourrait apporter plus de clarté, distinguer les différentes dénominations et permettre de ne pas les confondre.

Section 2: absence d'encadrement

À ce jour, il n'y a aucun cadre légal relatif à La GPA en Belgique. La loi du 6 juillet 2007 ne s'est pas prononcée sur cette problématique. Les propositions de loi déposées à ce sujet, jusqu'à maintenant, tendent soit vers une interdiction totale de la GPA soit vers la possibilité d'y recourir moyennant des conditions.²¹⁵

Les diverses propositions ont été déposées à la suite de l'affaire du "bébé D(onna)". Cette affaire date du 26 février 2005 et fit beaucoup de bruit à l'époque. Il s'agissait d'une maternité de substitution lors de laquelle le bébé était destiné à des parents demandeurs belges. Une analyse ADN avait démontré que le père demandeur belge était aussi le père biologique de l'enfant. Cependant, la mère porteuse a vendu la petite fille à des parents demandeurs néerlandais qui ne présentaient aucun lien génétique avec l'enfant. En effet, la mère porteuse a continué à chercher d'autres candidats parents demandeurs au cours de sa grossesse, et elle est ainsi entrée en contact avec ce couple néerlandais.

²¹² SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 2.

²¹³ Ibidem.

²¹⁴ Proposition de loi portant organisation des centres de maternité de substitution, déposée par Mme Marleen Temmerman et M. Guy Swennen, *Doc. parl., Sén., sess. ord. 2010-2011*, n° 5-929/1 du 5 avril 2011 (disponible sur:

<https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=929&VOLGNR=1&LANG=fr>).

²¹⁵ Ibidem.

Cette action en justice pour le bébé se déroule donc dans et entre deux pays différents. En Belgique: "Le parquet d'Audenarde demande que la mère porteuse, les parents demandeurs néerlandais et le père demandeur, qui est aussi le père biologique de l'enfant, soient déférés devant le tribunal correctionnel. Tant la "commande" de l'enfant par les parents demandeurs que la vente de l'enfant aux parents acheteurs néerlandais organisée par la mère porteuse peuvent être considérées comme des "comportements scandaleux" (traduction)", selon le parquet.

En janvier 2009, le ministère public néerlandais a décidé que les parents adoptifs néerlandais ne pouvaient pas être poursuivis pour adoption illégale du bébé Donna, parce que la déclaration du père biologique avait été faite trop tard. Aux Pays-Bas, l'adoption illégale est en effet prescrite après deux ans. Or, le père biologique a fait sa déclaration en juillet 2007, et l'adoption a eu lieu en mars 2005. En Belgique, dans un premier temps, un juge donne raison au père biologique, s'appuyant sur une loi réprimant le trafic d'êtres humains, mais la Cour d'appel contredira ce premier jugement, estimant qu'il appartient à la justice néerlandaise de statuer.²¹⁶

Par conséquent, les parents acheteurs ne pouvaient plus être poursuivis pour l'infraction concernée. Le ministère public conclut en outre que le couple n'a pas commis d'autres infractions dans le cadre de l'adoption du bébé Donna.

Ce cas illustre parfaitement le risque de l'absence d'encadrement légal.

La GPA suscite de nombreux débats, c'est pourquoi contrairement à la PMA, elle fait encore l'objet de discussions.

L'argument principal des opposants à la légalisation de la GPA est le caractère illicite d'un contrat ayant pour objet une maternité de substitution, qui, en vertu de l'article 6 et 1128²¹⁷ du Code civil, est nul. Effectivement, il irait à l'encontre de trois principes:

Le principe de l'indisponibilité du corps humain, qui interdit que le corps fasse l'objet d'un contrat; le principe d'indisponibilité du statut des personnes, qui interdit que les individus

²¹⁶ Proposition de loi portant organisation des centres de maternité de substitution, déposée par Mme Marleen Temmerman et M. Guy Swennen, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2010-2011, n° 5-929/1 du 5 avril 2011 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=929&VOLGNR=1&LANG=fr>).

²¹⁷ Art. 6: On ne peut déroger, par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs; Art. 1128: Il n'y a que les choses qui sont dans le commerce qui puissent être l'objet des conventions.

interfèrent dans les règles qui fixent la filiation; le droit indisponible et inaliénable pour la mère qui porte et mettra au monde son enfant de déterminer son lien de filiation.²¹⁸

Toutefois, le Comité consultatif de Bioéthique constate une "nette évolution" dans la disponibilité du corps. Les droits de la personnalité sont hors commerce et ne peuvent donc pas faire l'objet de convention, selon l'article 1128 du Code civil. Or, à l'issue de développements juridiques, les possibilités de décisions sur son corps n'ont fait que croître et les exceptions à l'indisponibilité sont nombreuses²¹⁹. Une personne dispose de son corps gratuitement et en toute légalité, par exemple et pertinemment à notre thème, dans le cadre d'un don de gamètes.

La commercialisation du corps reste quant à elle tout à fait interdite²²⁰. C'est pour cela que les partisans de la légalisation de la GPA s'accordent sur le fait que celle-ci doit rester hors du commerce.

Actuellement, nous pouvons dire que la GPA n'est ni réglementée, ni interdite, elle est tolérée²²¹. Elle est donc pratiquée dans certains hôpitaux, mais pas de façon arbitraire. Selon une juriste spécialisée en droit de la filiation et collaboratrice au C.H.U. Saint-Pierre, "il n'y a pas un vide juridique pour autant. Toutes les règles s'appliquent : celles du Code civil et du Code pénal, celles en matière de procréation médicalement assistée, ..."

Cependant, l'absence de loi propre à la GPA nous fait retomber dans la situation qui était celle de la PMA avant la mise en place de la loi de 2007. En effet, les centres qui pratiquent la GPA respectent tous les lois en vigueur, mais comme nous le verrons dans la section suivante, ils n'ont pas tous les mêmes conditions d'accès ni la même éthique.

Précisons que même si la GPA est exercée et n'est pas considérée comme une infraction, en raison du flou juridique l'entourant, un contrat de GPA n'a juridiquement aucune valeur. Son caractère exécutoire est contestable, par conséquent une mère porteuse ne

²¹⁸ Proposition de loi interdisant la maternité de substitution et le recours aux mères porteuses, déposée par Mme Clotilde Nyssens, Doc. parl., Sén., sess. ord., 2005-2006, n° 3-1399/1, du 19 octobre 2005 (disponible sur:

<https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=1399&VOLGNR=1&LANG=fr>).

²¹⁹ SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 202.

²²⁰ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n° 30 relatif à la gestation pour autrui, 5 juillet 2004, p. 13-14.

²²¹ VAN DE WALLE J-P., GPA: autoriser ou interdire ?, La Libre, 12/2015, Disponible sur : <http://m.lalibre.be/>.

peut être contrainte de rendre l'enfant aux parents d'intention²²². Une grande confiance doit régner entre eux.

Section 3: dans la pratique

Comment se déroulent les choses en pratique? Nous l'avons précisé dans la section précédente, malgré l'absence de cadre légal, la GPA n'est pas interdite en Belgique et y est donc pratiquée, mais de façon très limitée.

Seules quatre structures hospitalières permettent, dans des conditions restreintes, de recourir à la GPA:

- 1) le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Saint-Pierre à Bruxelles;
- 2) le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle à Liège;
- 3) l'Hôpital Universitaire de Gand, UZ Gent;
- 4) l'Hôpital Universitaire d'Anvers, UZ Antwerpen.

La GPA y est pratiquée depuis les années 90 pourtant, très peu de projets ont abouti.

D'une part, l'absence de cadre juridique effraie les auteurs du projet, d'autre part, les conditions relatives à la santé et auxquelles il faut répondre pour avoir accès à la GPA sont assez strictes²²³. Une femme qui veut faire appel à une mère porteuse doit respecter les indications médicales suivantes: l'absence d'utérus congénital ou suite à une ablation chirurgicale; un utérus non fonctionnel qui rend l'implantation d'un embryon impossible; un état de santé contre-indiquant une grossesse. Les motifs de convenance esthétique par exemple ou de carrières sont exclus.²²⁴ Comme le dit le Professeur Michel Dubois, Directeur médical du Centre de Procréation Médicalement Assistée de l'Université de Liège: "Que l'on soit clair : on n'a pas recours à la GPA pour éviter des vergetures"

Au sein de toutes ces structures, la GPA ne pourra jamais être commerciale. Pour éviter toute commercialisation, les centres préconisent l'appel à une mère porteuse dans l'entourage²²⁵. Seules les GPA de haute technologie, c'est-à-dire les cas où la mère porteuse n'a aucun lien génétique avec l'enfant, sont pratiquées.

Le fait que la GPA ne soit pas régie légalement entraîne des différences de pratique entre les centres hospitaliers.

²²² SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 182.

²²³ SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 182.

²²⁴ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE, Avis n° 30 relatif à la gestation pour autrui, 5 juillet 2004, p. 6.

²²⁵ Confer section 1 du présent chapitre.

Le Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre n'accepte pas les demandes qui nécessitent, en plus de l'intervention d'une mère porteuse, un don de gamètes. Par conséquent, les demandes de couples homosexuels ne sont pas prises en charge.²²⁶

Au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, un don de gamètes est envisageable, mais pour des raisons de santé²²⁷.

Seul l'Hôpital Universitaire de Gand ouvre la GPA aux couples homosexuels.

Un cadre législatif en ce qui concerne la GPA est aussi essentiel que l'a été l'encadrement de la PMA. En effet, il s'agit d'une pratique exercée et un encadrement permettrait d'apporter clarté, uniformité et sécurité.

Chapitre VI: filiation

Section 1: dans le cadre de la procréation médicalement assistée

Sous-section 1: sans intervention de tiers

Lorsque la PMA est réalisée à l'aide des gamètes du couple demandeur (on parle alors de PMA homologue)²²⁸, la filiation n'est a priori pas trop compliquée à établir.

- Couple marié

Si le couple est marié, la filiation est établie en faveur des auteurs de projet parental conformément au Code civil et va coïncider avec la filiation biologique²²⁹. Plus précisément, l'article 312 en ce qui concerne la filiation maternelle, qui l'établit par mention du nom de la mère dans l'acte de naissance et les articles 315 et 317 pour la filiation paternelle si l'enfant naît dans le mariage ou dans les 300 jours de sa dissolution ou de son annulation.

- Couple non marié

Par contre s'il s'agit d'un **couple non marié**, les choses sont différentes en ce qui concerne la filiation paternelle (rien ne change du côté maternel). Dans ce cas, à défaut de

²²⁶ SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 9-18.

²²⁷ CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE, *Parentalité alternative*, CPMA, 2016. Disponible sur: <http://cpma-ulg.be/les-traitements/parentalite-alternative/le-principe>.

²²⁸ GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009.

²²⁹ JEUNE BARREAU DE LIÈGE, 10 années d'application du nouveau droit de la filiation, Edition du jeune barreau de Liège, 1997, p. 141.

présomption²³⁰ et si la mère refuse de consentir à la reconnaissance par son compagnon, ce dernier pourra obtenir un jugement contre ce refus conformément à l'article 319 aux conditions reprises à l'article 329bis. Ce jugement s'obtient sans aucune difficulté pour le partenaire de la mère, car dans ce cas-ci il n'y a pas de donneur et le partenaire est donc bien le père biologique²³¹. En effet, le paragraphe 2 de cet article selon lequel la demande est rejetée, s'il est prouvé que le demandeur n'est pas le père biologique, n'aura pas d'effet.

Si par contre le compagnon ne reconnaît pas l'enfant, alors la mère "pourra efficacement rechercher en justice sa paternité"²³² selon les articles 322 et 324.

Sous-section 2: PMA avec tiers donneurs

Dès lors que la procréation médicalement assistée fait intervenir un tiers dans la conception de l'enfant, autrement dit, lorsqu'elle fait appel à un don de gamètes ou d'embryons, deux concepts apparaissent, la filiation génétique et la filiation affective²³³.

Il y a donc deux parties, le donneur qui partagera avec l'enfant un lien génétique et le ou les parents d'intention (on parle alors de PMA hétérologue).

La PMA se met en place par des conventions prévues dans la loi du 6 juillet 2007. Par définition, il s'agit d'un accord de contre de la volonté du donneur et de celle du demandeur de PMA se fait par l'intermédiaire du centre et non directement. Cette intervention est nécessaire au principe de l'anonymat.²³⁴ La filiation est donc basée sur le souhait des parents d'intention de mener à bien un projet parental. Les opposants à ce principe considèrent qu'il va à l'encontre de l'intérêt de l'enfant qui est soumis aux "objectifs égoïstes". Cet argument n'a pas de sens. En effet, ce choix paraît logique lorsqu'on compare la volonté des auteurs exprimée dans la convention à la volonté parentale traduite par l'acte sexuel.

²³⁰ Ibidem, p. 142.

²³¹ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 352.

²³² Ibidem.

²³³ GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 334.

²³⁴ Ibidem, p. 333.

- Couple marié

Ici, l'absence de lien biologique du père avec l'enfant fait de sa volonté, de son consentement à la PMA, "le fondement garanti d'une paternité que la loi rend incontestable"²³⁵. Effectivement, le paragraphe 4 de l'article 318 du Code civil précise ceci: "La demande en contestation de la présomption de paternité n'est pas recevable si le mari a consenti à l'insémination artificielle ou à un autre acte ayant la procréation pour but, sauf si la conception de l'enfant ne peut en être la conséquence".

De plus, dans ce cas-ci la loi du 6 juillet 2007 intervient au moyen de deux articles. Les alinéas 2 des articles 27 et 56 prévoient qu'aucune action relative à la filiation n'est ouverte aux donneurs de gamètes et d'embryons. Ces articles ajoutent qu'aucune action de ce type ne peut être intentée contre les donneurs.

- Couple non marié

Lorsque la PMA est réalisée avec l'aide de donneurs et au profit d'un couple qui n'est pas marié, les choses se compliquent quelque peu.

Pour la mère, c'est encore une fois l'article 312 du Code civil qui s'applique. En accouchant de l'enfant et étant désignée comme telle dans l'acte de naissance, elle devient la mère juridique de l'enfant.²³⁶

Par contre, d'un point de vue de la filiation paternelle, la situation est différente de celle où le compagnon est le père biologique. Dans ce cas, si la mère refuse à consentir à la reconnaissance par son partenaire, le lien génétique étant absent, ce dernier ne pourra obtenir le jugement qui lui permettrait de passer outre ce refus. L'article 329bis, § 2, du Code civil précise que la demande est rejetée s'il est prouvé que le demandeur n'est pas le père biologique²³⁷. De surcroît, la reconnaissance faite par le partenaire peut être contestée dans les conditions de l'article 330 du Code civil, et notamment de l'absence de possession d'état²³⁸.

On aperçoit clairement ici le manque d'une disposition similaire à l'article 318 § 4 qui s'appliquerait au cas d'un couple non marié. Bien que les hypothèses de contestation

²³⁵ GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 342.

²³⁶ 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", *Rev. trim. dr. fam.*, 2/2008, p. 353.

²³⁷ GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 342.

²³⁸ *Ibidem*, p. 348.

soient limitées²³⁹, que la loi de 2007 rend impossible l'intervention des donneurs et que l'établissement d'un vice de consentement est difficilement imaginable dans le cadre d'une convention de procréation médicalement assistée, on ne peut s'empêcher de penser qu'il s'agit là d'une discrimination envers les couples non mariés. Avec l'apparition de la PMA, et conjointement, du don de gamètes et d'embryons, la loi a établi une "parenté nouvelle, mais omet d'en garantir l'indisponibilité dès lors qu'elle se situe hors mariage"²⁴⁰.

Afin d'être plus complets dans l'étude de ce cas de figure, nous allons analyser un cas de jurisprudence relatif à l'établissement de la filiation suite à une PMA hors mariage avec l'intervention d'un donneur:

Tribunal Civil de Dinant (1re chambre), jurisprudence du 5 mars 2009²⁴¹

Résumé des faits

Un couple donne naissance à des jumeaux (V. et N.) par procréation médicalement assistée avec l'intervention d'un donneur de sperme. Ce couple n'est pas marié et en raison du don, le compagnon n'est pas le père biologique des enfants. Il décède peu après leur naissance.

La mère souhaite établir un lien de filiation avec son défunt partenaire par une action en recherche de paternité sur base des articles 322 et suivants du Code civil et l'article 27 de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes.

La défenderesse "adéquatement mise à la cause par application de l'article 332ter du Code civil" est la fille du défunt. Elle conteste l'établissement du lien de filiation sur base de l'article 332 quinquies § 3 du Code civil. Selon cet article, toute demande d'établissement judiciaire de filiation est rejetée s'il est prouvé que le père dont la filiation est recherchée n'est pas le père biologique.

Application du droit sur le fond

S'oppose donc ici l'application stricte de l'article 332 quinquies § 3 qui n'admet pas l'établissement du lien de filiation paternelle et un jugement basé sur l'application de l'article 27 alinéa 1^{er} de la loi du 6 juillet 2007 qui stipule que les dispositions du Code civil en matière de filiation s'appliquent en faveur des auteurs du projet parental.

²³⁹ C. civ., art. 330, § 1.

²⁴⁰ GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 349.

²⁴¹ Civ. Dinant (1re ch.), 5 mars 2009, *Rev. trim. dr. fam.*, 4/2010, p. 1095.

Le Tribunal de Dinant tranche en faveur de la demanderesse et déroge à l'article 332 quinquies § 3 au profit de l'engagement établi dans la convention du projet parental. En effet, selon le Tribunal, le but premier de l'article 27 alinéa 1^{er} est de donner la possibilité d'établir un lien de filiation à tous les auteurs du projet parental, même si les gamètes ou les embryons proviennent d'un donneur.

De plus, selon le tribunal, "l'intérêt des enfants doit rester prépondérant et la compréhensible opposition de la défenderesse basée sur des difficultés relationnelles à l'origine ancienne ne peut primer".

La possession d'état du défunt comme auteur de projet parental est également prise en compte

Par conséquent, la demande est considérée comme fondée.

Note de J. SOSSON²⁴²

Selon Jehanne Sosson, la décision du tribunal d'écarter l'article 332 quinquies § 3 du Code civil et de baser la recevabilité de la demande sur l'article 324 du Code civil (ici la possession d'état a effectivement servi de preuve à la filiation) est incohérente. Le tribunal a en effet commencé par baser sa décision sur les articles 27 et 56 de la loi de 2007, écartant ce faisant l'article 332 quinquies § 3 mais revient ensuite au Code civil via l'article 324.

Jehanne Sosson pense que le Tribunal aurait dû maintenir sa logique en fondant sa décision sur l'existence du projet parental ²⁴³.

Il faut en plus ajouter que les articles 27 et 56 ont uniquement pour but d'empêcher tout lien de filiation entre les donneurs et l'enfant, le Tribunal ne devait donc pas les utiliser comme base pour écarter l'article 332 quinquies § 3.

Ce cas de jurisprudence illustre la problématique expliquée plus haut, du manque de dispositions en ce qui concerne les couples non mariés dans le droit de la filiation.

- Couple formé par deux femmes mariées ou non

La loi de 2007, rappelons-le, n'interdit pas aux centres de fécondation d'accéder aux demandes de procréation médicalement assistée faites par des couples de femmes, mais elle ne contient aucune dérogation aux règles de droit commun qui régissent la filia-

²⁴² Civ. Dinant, 5 mars 2009, *Rev. Trim. Dr. fam.*, 2010, p. 1105 - 1111, note J. SOSSON.

²⁴³ L. du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, art.7, M.B. 17 juillet 2007

tion²⁴⁴. Lorsqu'un projet parental est mené par deux femmes, celle qui accouche verra la filiation maternelle établie à son égard, conformément à l'article 312.

La loi du 5 mai 2014 portant établissement de la filiation de la coparente tend à améliorer la protection juridique des enfants nés dans des familles homoparentales et permet dans ce but l'établissement du lien de filiation entre l'enfant et la coparente par le biais d'un système similaire à celui qui existe pour les couples hétérosexuels.²⁴⁵

Dans le cas d'un couple marié, il y a présomption de comaternité. L'épouse de la mère est automatiquement considérée comme étant coparente de l'enfant né pendant le mariage (ou dans les 300 jours qui suivent la dissolution ou l'annulation de celui-ci)²⁴⁶.

Cette présomption, comme c'est le cas au sein d'un couple hétérosexuel, peut être contestée conformément à l'article 325/3. Cette action n'est pas recevable si l'enfant a la possession d'état à l'égard de la coparente. En outre, l'action en contestation de présomption de comaternité est déclarée non fondée s'il est prouvé par toute voie de droit que l'épouse a consenti, préalablement, à la PMA²⁴⁷.

Si le couple n'est pas marié, la partenaire de la mère peut "reconnaître" l'enfant, en vertu de l'article 325/4 sous les conditions de l'article 329 bis. L'article 325/4 précise néanmoins que par dérogation à l'article 329 bis § 2, alinéa 3:

"La demande est rejetée s'il est établi que le demandeur n'a pas consenti à la conception conformément à la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, ou que la conception ne peut en être la conséquence".

L'action en recherche de comaternité est également possible²⁴⁸. La comaternité peut être établie par jugement conformément à l'article 325/8 et aux conditions fixées à l'article 332 quinquies, §§ 1er, 1er/1, 2 et 4. Cet article précise que dans ce cas de figure, à défaut de possession d'état, la filiation à l'égard de la coparente se prouve par le consentement à la procréation médicalement assistée donné conformément à l'article 7 de la loi du 6 juillet 2007²⁴⁹.

²⁴⁴ 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", Rev. trim. dr. fam., 2/2008, p. 355.

²⁴⁵ VAN DEN BROECK E., *La nouvelle loi sur la filiation de la coparente*, Liège, Jeunesse et droit, 2015.

²⁴⁶ C. civ., art. 325/2.

²⁴⁷ VAN DEN BROECK E., *La nouvelle loi sur la filiation de la coparente*, Liège, Jeunesse et droit, 2015.

²⁴⁸ Ibidem.

²⁴⁹ C. civ., art. 325/9.

Sous-section 3: Procréation post mortem

En ce qui concerne la PMA post mortem, la loi du 6 juillet 2007 impose des délais d'implantation ou d'insémination de six mois au plus tôt et de deux ans au plus tard suivant le décès de l'auteur du projet parental, aux articles 16 et 45.

Ces délais compliquent l'établissement de la filiation, car ils impliquent en toute hypothèse une naissance de l'enfant plus de 300 jours après la dissolution du mariage par le décès du mari²⁵⁰. La présomption contenue dans l'article 315 du Code civil ne pourra donc pas s'appliquer.

La reconnaissance ne peut pas non plus être mise à contribution puisque, pouvant avoir lieu avant la naissance, celle-ci ne peut toutefois pas avoir lieu avant la conception. Dans l'état actuel de notre droit de la filiation, la conception de l'enfant coïncide avec le début de la grossesse²⁵¹.

Le droit commun de la filiation ne permet qu'un mode d'établissement de la filiation à l'égard d'une personne décédée, il s'agit de l'action en recherche de paternité conformément à l'article 322 du Code civil. Malheureusement, ce mode d'établissement judiciaire suppose un contentieux qui s'oppose l'engagement parental sur lequel est axée la procréation médicalement assistée²⁵².

Section 2: dans le cadre de la gestation pour autrui

En Belgique, la mère est la femme qui accouche de l'enfant. Dans le cas de la GPA, il s'agit de la mère porteuse. Conformément à l'article 57, 2° du Code civil, le nom de la mère mettant au monde un enfant doit être mentionné dans l'acte de naissance, elle devient par conséquent la mère juridique par application de l'article 312, § 1, du Code civil. Si la mère porteuse est mariée, la présomption prévue à l'article 315 va s'appliquer. Il pourrait contester cette présomption, mais la contestation ne serait pas recevable si le mari a consenti à l'insémination artificielle ou à un autre acte ayant la procréation pour but²⁵³.

Cette disposition a pour objectif de protéger le père d'intention, mais ne contient pas d'exception propre à la GPA. Dans tous ces cas, l'époux de la mère porteuse a en effet donné son consentement quant à des actes ayant pour but la procréation même si le motif de ce consentement n'est pas d'être le père de cet enfant.

²⁵⁰ GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 343.

²⁵¹ Ibidem.

²⁵² GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 347.

²⁵³ C. civ, art. 318 § 4.

Selon la doctrine, lorsque les parties concernées souhaitent maintenir la possibilité de contestation de la présomption de la paternité de l'époux de la mère porteuse, elles doivent faire en sorte que celui-ci n'accepte aucunement la fécondation de sa femme par un autre²⁵⁴.

Si la mère porteuse n'est pas mariée, n'importe quel homme pourra reconnaître l'enfant (art. 319, C. civ.), moyennant le consentement préalable de la mère porteuse lorsque le lien de filiation maternelle avec l'enfant est établi (art. 329bis, § 2, al. 1er, C. civ.).

Pour en revenir à la mère, la mère juridique est donc celle qui accouche, mais en cas de contestation de la maternité, il est toutefois possible de rompre le lien de filiation entre mère et enfant. Conformément au cadre légal de l'adoption, la rupture de ce lien consentie par la mère juridique ne peut intervenir que deux mois après l'accouchement (Art. 348-4 du Code civil). Après l'accouchement, l'enfant peut être abandonné par la mère porteuse et ensuite être adopté par le couple d'intention. En Belgique, l'accouchement sous x n'est pas autorisé. C'est pour cela que la femme qui vient d'accoucher devra, obligatoirement, figurer sur les documents de l'état civil de l'enfant.

Si la mère porteuse n'est pas mariée et que par conséquent le père d'intention a pu reconnaître l'enfant, seule la mère d'intention devra se tourner vers l'adoption.

Cependant, il arrive que les parents d'intention élaborent des plans pour arriver à leur fin, comme par exemple faire en sorte que la mère porteuse accouche en France et puisse donc accoucher sous x, ou encore l'usurpation d'identité (la mère porteuse se présentant à la maternité avec les papiers de la mère d'intention).

Face à ces divers procédés, la filiation peut être très confuse. Il appartient donc aux juridictions belges de se prononcer sur la filiation d'enfants issus de cette pratique effectuée en Belgique ou à l'étranger. Actuellement, les tribunaux se positionnent en faveur de l'intérêt de l'enfant. Dans la majorité des cas, cela se traduit par une reconnaissance de la GPA. "La jurisprudence, après une approche initialement restrictive, est devenue au fil des années de plus en plus permissive"²⁵⁵.

Jurisprudences

Une décision de la **Cour d'appel d'Anvers** du 14 janvier 2008²⁵⁶ illustre ce principe:

²⁵⁴ SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 197.

²⁵⁵ SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013, p. 202.

²⁵⁶ C.A., Anvers, 14 janvier 2008, RW, 2007-2008, p. 1774.

En raison d'une anomalie congénitale, l'appelante ne pouvait pas avoir d'enfant naturellement. Sa mère s'est alors portée candidate pour porter l'enfant de sa fille et du mari de celle-ci. Il s'agissait de l'enfant biologique des parents demandeurs, les spermatozoïdes provenant du père demandeur et les ovules de la mère demandeuse. La procédure a été précédée d'un dépistage approfondi et n'a véritablement commencé qu'après l'avis favorable du comité d'éthique de l'hôpital où le traitement a eu lieu. Elle n'a donc pas été lancée à la légère.

L'adoption de l'enfant par la mère demandeuse n'a pas été approuvée en première instance. En 2007, le Tribunal de la jeunesse d'Anvers a refusé cette adoption, car "le corps ne peut pas être loué et l'enfant ne peut pas être l'objet d'un contrat". Considérant donc la GPA comme contraire à l'ordre public, le tribunal n'a pas accepté la demande.²⁵⁷

Le jugement a été revu en appel en 2008 et, cette fois, la cour a accordé l'adoption plénière aussi bien à la mère demandeuse qu'au père demandeur.

En effet, pour la cour, le fait d'attribuer pleinement les droits parentaux aux parents demandeurs n'était pas contraire à l'ordre public, d'autant plus qu'il n'y a pas eu de transaction financière, mais surtout cela allait dans l'intérêt de l'enfant. La cour a aussi tenu compte du fait qu'il s'agissait d'une maternité de substitution idéale: la mère porteuse a donné son consentement en vue d'une adoption plénière, les parents demandeurs étaient les parents biologiques et ils exerçaient l'autorité parentale depuis la naissance de l'enfant.²⁵⁸

Il est aussi important de souligner que la jurisprudence est plus tolérante dans les cas de gestation pour autrui de haute technologie (les gamètes utilisés sont ceux des parents d'intention), elle accède à la demande des parents d'intention et l'adoption plénière par la mère d'intention est prononcée. Le jugement est influencé par la réalité génétique.

Une décision rendue par le **Tribunal de la jeunesse de Turnhout** en 2000 illustre également cette ligne de conduite. Un couple a fait appel à une mère porteuse. Deux enfants vont naître de cette GPA réalisée par fécondation in vitro à partir des gamètes des parents d'intention. De plus, la mère porteuse est la sœur de la mère affective et génétique. Les parents d'intention souhaitent adopter les enfants nés de cette procédure.

²⁵⁷ Trib. jeun. Anvers (7e ch.), 11 octobre 2007, R.W., 2007-2008, p. 1777.

²⁵⁸ Proposition de loi portant organisation des centres de maternité de substitution, déposée par Mme Marleen Temmerman et M. Guy Swennen, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2010-2011, n° 5-929/1 du 5 avril 2011 (disponible sur <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=929&VOLGNR=1&LANG=fr>).

Le Tribunal de la jeunesse de Turnhout a considéré "que les enfants devaient dès leur naissance entièrement être élevés par les adoptants et étaient, génétiquement parlant, entièrement leurs enfants"²⁵⁹.

La mère porteuse et son mari, en tant que parents légaux, ont donné leur consentement exprès quant à l'adoption plénière. Le tribunal a donc accepté la demande et a, par ce fait, " affirmé que la gestation pour autrui constitue un processus volontaire qui relève de la responsabilité de celui qui le fait sans motivation pécuniaire et qui n'est pas contraire à l'ordre public".

²⁵⁹ SCHAMPS, G., SOSSON, J. " La gestation pour autrui : vers un encadrement ?", Bruylant, Larcier, 2013, p. 203.

Conclusion

Ne pas être capable d'avoir un enfant par des relations sexuelles est une chose difficile à accepter. L'adoption peut constituer une solution, une alternative à la conception d'un enfant par "voie naturelle". Toutefois, le désir d'avoir un enfant qui est biologiquement le nôtre ou à défaut, pouvoir tout de même porter cet enfant, est tout à fait compréhensible.

La procréation médicalement assistée semble alors être la réponse à ce souhait.

Dans l'introduction, j'ai évoqué le risque de problèmes éthiques que cette technique pourrait soulever. Toutefois, tout au long de l'analyse des différentes lois qui encadrent la PMA, nous avons pu nous rendre compte que ce risque avait été pallié. Les différentes interventions du Comité consultatif de Bioéthique ont permis de maintenir un certain équilibre entre aspects éthiques, médicaux et juridiques. Nous avons aussi pu constater que le droit belge a été capable d'intervenir dans cette avancée de la médecine en conciliant les libertés des uns et des autres.

La Belgique est un pays très permissif en ce qui concerne la PMA. Ni les femmes seules, ni les couples homosexuels ne sont mis à l'écart. En effet, les couples d'hommes, même s'ils ne sont pas expressément visés par la loi du 6 juillet 2007, en ce sens qu'elle ne régit pas la gestation pour autrui (seule possibilité, avec l'adoption, pour un couple d'hommes d'avoir un enfant), restent candidats potentiels, car nous avons vu que la GPA était tolérée dans notre pays.

D'un autre côté, la clause de conscience permet aux centres de fécondation de ne pas agir à l'encontre de leurs valeurs. Avec un accès aussi large et même des possibilités telles que la procréation post mortem, elle aussi autorisée en Belgique, la loi aurait pu être mal accueillie dans un pays où les valeurs religieuses ne peuvent être ignorées. Toutefois, un équilibre a pu être trouvé.

L'élaboration de la loi de 2007 n'a pas été des plus aisées, mais elle a permis d'encadrer une technique qui se pratiquait déjà et donc d'apporter clarté et sécurité. Il s'agit d'une loi très claire, mais aussi relativement complète. Elle constitue l'encadrement principal de cette technique, même si d'autres textes légaux, comme nous nous en sommes rendu compte dans ces recherches, la complètent.

D'une lecture approfondie de celle-ci, nous avons été à même de délimiter un champ d'application à la PMA, qui est, comme nous l'avons constaté, assez large. Seuls sont imposés des limites d'âge et, dans certains cas, des examens médicaux préalables.

Au niveau du coût, nous avons, là aussi, pu relever que nous étions bien lotis en Belgique, la plupart des soins étant pris en charge.

Les dons de gamètes et d'embryons sont eux aussi régis par la loi de 2007, qui, en plus de les autoriser, apporte des protections par rapport à la confidentialité des informations relatives aux donneurs, mais aussi sur le plan de filiation. Aucune filiation ne peut être établie au profit des donneurs, ce qui privilégie la filiation affective mise en place par la convention plutôt que la filiation biologique.

Pour compléter les informations relatives aux donneurs, leur protection est d'autant plus forte que le non-respect du secret imposé aux employés des centres de fécondation se voit sanctionné conformément à la loi de 2007.

En plus de cette protection relative aux données personnelles du donneur, la loi a voulu éviter des pratiques arbitraires. Pour ce faire, elle impose une rigueur organisationnelle notamment à l'égard du contenu des conventions établies dans le cadre d'une PMA ou d'un don.

L'analyse de la loi de 2007 et de la doctrine la concernant a permis de dégager la position de législateur qui m'apparaît comme tolérante, en permettant au plus grand nombre de personnes d'avoir accès à la PMA, tout en étant efficace. Les intérêts des différentes parties sont respectés et les lacunes sont rares.

Cependant, certains points ont été maintenus hors du cadre législatif de la PMA. C'est le cas de la filiation régie par le droit commun qui, comme expliqué dans le chapitre relatif à ce sujet, ne tient pas compte de celle établie suite à une PMA hétérologue si le couple n'est pas marié. Il s'agit donc d'un des rares "oublis".

La GPA n'est, quant à elle, pas régie par la loi et est par conséquent tolérée. Elle est pratiquée dans quatre centres en Belgique, mais un seul d'entre eux accède aux demandes des couples homosexuels. Ces centres respectent certaines limites, mais un cadre légal apporterait plus d'uniformité et de sécurité. Pour l'instant, toute convention ayant pour objet une GPA est juridiquement nulle et la filiation étant établie en faveur de la femme qui accouche, l'adoption doit suivre pour répondre à l'objectif de la maternité de substitution.

En Belgique, avoir un enfant autrement n'est pas une chose compliquée ; au contraire, le législateur a tout mis en œuvre pour rendre la PMA accessible au plus grand nombre dans le respect de l'éthique.

Bibliographie

Section 1: jurisprudences

C.A., Anvers, 14 janvier 2008, RW, 2007-2008, p. 1774.

C.Civ. Dinant (1re ch.), 5 mars 2009, *Rev. trim. dr. fam.*, 4/2010, p. 1095.

Trib. Jeun. Anvers (7e ch.), 11 octobre 2007, R.W., 2007-2008, p. 1777.

Trib. Jeun. Turnhout, 4 octobre 2000, R.W., 2001-2002, p. 206.

Section 2: doctrines

BOGAERT, M., CASSIERS, L., ROELANDT, M., STIENNON, J-A., "*Les avis du Comité de Bioéthique de Belgique 2000-2004*", Bruxelles, Lanno campu, 2005.

DE PAGE, H., MASSON, J.-P., "*Traité élémentaire de droit civil belge: les personnes*", Bruxelles, Bruylant, 1990.

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", *Rev. trim. dr. fam.*, 2/2008, p. 279-359.

Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), *Procréation médicalement assistée*, Service public français, 2015, disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462> (consulté le 28/02/2016).

FEUILLET-LIGER, B., SCHAMPS G., "*Principes de protection du corps et biomédecine*", Bruxelles, Bruylant, Larcier, 2015.

GALLUS, N., "L'établissement du lien de la filiation", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 334.

GALLUS, N., "La nullité de la convention de gestation pour autrui en droit actuel", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 357.

GALLUS, N., "La légitimité de la gestation pour autrui", in *Le droit de la filiation: Rôle de la vérité socio-affective et de la volonté en droit belge*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 369.

LEULEU, Y-H., "L'adoption", in *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 627.

LEULEU, Y-H., "Protection et maîtrise du corps", in *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 125.

MATHIEU, G., "La place du donneur d'engendrement", in Fulchiron, H. et Sosson J. (sous la direction de) *Parenté, filiation, origine*, Bruylant, Larcier, 2013, p. 134.

SCHAMPS, G., SOSSON, J. " *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*", Bruylant, Larcier, 2013.

THIBAUT, C., *Question écrite n° 5-10177*, Ecolo, 2013. Disponible sur: "

<https://www.senate.be/www/?Mlval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=10177&LANG=fr>"

WILLEMS, G., Cour de Strasbourg et procréation médicalement assistée avec tiers donneur : des choix interprétatifs empreints de "judicial self-restraint", *Rev. Tri.m. dr. fam.*, 3/2012, p.509.

Section 3: législations

AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. M.B. 30 mai 2002, p. 23593.

AR 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.

AR du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine. M.B. 14 octobre 2008.

AR du 16 septembre 2013 modifiant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine. M.B. 20 septembre 2013.

AR du 15 juillet 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "médecine de la reproduction" doivent répondre pour être agréées". M.B. 25 mars 1999, p. 9555.

AR du 14 décembre 1987 fixant les normes auxquelles les centres de génétique humaine doivent répondre. M.B. 25 décembre 1987, p. 19516.

L. 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.

L. du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro. M.B. 28 mai 2003.

Convention (CE), n° 164 du Conseil du 4 avril 1997 relative la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. STCE, 1^{er} décembre 1999.

Convention (CE), n° 005 du Conseil du 4 novembre 1950 relative à la sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. STCE, 4 novembre 1950.

Convention (ONU) relative aux droits de l'enfant. 20 novembre 1989.

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, déposée par Mme Christine Defraigne, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2003-2004, n° 3-418/1 du 21 janvier 2004 (disponible sur <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=418&VOLGNR=1&LANG=fr>).

Proposition de loi relative aux mères porteuses, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2005-2006, n° 3-417/3 du 14 février 2006 (disponible sur <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=417&VOLGNR=3&LANG=fr>).

Proposition de loi relative aux différents aspects des procréations médicalement assistées, *Doc. parl.*, sess. ord. 1996-1997, n° 1-533/1 du 5 février 1997 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=1&NR=533&VOLGNR=1&LANG=fr>).

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, déposée par Mme Christine Defraigne et M. Patrik Vankrunkelsven, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2004-2005, n° 3-1067/1 du 2 mars 2005 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=1067&VOLGNR=1&LANG=fr>).

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, Proposition de loi relative au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire, Proposition de loi réglant la collecte, la conservation et la communication des informations relatives au don de gamètes, Proposition de loi réglementant la collecte, la conservation et l'implantation des cellules humaines ainsi que la gestion des informations les concernant, déposées par M. Cornil et Mme De Schamphelaere, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 2005-2006, n° 3-1440/9 du 7 juin 2006 (disponible sur: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=1440&VOLGNR=9&LANG=fr>).

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes déposée par Mme Christine Defraigne, M. Patrik Vankrunkelsven, Mme Jacinta De Roeck, M. Philippe Mahoux et Mme Isabelle Durant, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2005-2006, n° 3-1440/1 (disponible sur :

<https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdf&MItypeObj=application/pdf&MlvalObj=50334287>).

Proposition de loi relative à la procréation médicalement assistée, Avis du Conseil d'État, Doc. parl., Sén., sess. ord. 2005-2006, n° 3-417/3 du 14 février 2006 (disponible sur :

<https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=417&VOLGNR=3&LANG=fr>).

LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.

Section 4: ressources non juridiques

ASBL Chemin de vie, *Gestation pour autrui*, Chemin de vie, 2012. Disponible sur :

"<http://www.chemindevie.be/Bioethique/la-gestation-pour-autrui.html>" (consulté le 14 février 2016).

BELGA NEWS, *Gestation pour autrui: les féministes interrogent les limites du désir d'enfant*, RTBF, 2016. Disponible sur: "https://www.rtf.be/info/belgique/detail_gestation-pour-autrui-les-feministes-interrogent-les-limites-du-desir-d-enfant?id=9190162" (consulté le 12 février 2016).

BROCHIER C., *La procréation médicale assistée en Belgique*. Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique., 2010. 14p. Disponible sur "

<http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/dossier-pma-20100909.pdf>" (consulté le 19 octobre 2015).

CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DU C.H.U. SAINT-PIERRE, *Législatif*. CPMA, sans date, Disponible sur:

"http://www.fivette.be/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=55&lang=fr" (consulté le 19 octobre 2015).

CENTRE DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE, *Définition de l'infertilité*. CPMA, 2016. Disponible sur:

"<http://www.cpma.ch/fr/infertility/definition.htm>" (consulté le 16 février 2016).

CENTRE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION SOCIO-POLITIQUE, *Comité consultatif de bioéthique de Belgique*, CRISP, sans date. Disponible sur: "<http://www.vocabulairepolitique.be/comite-consultatif-de-bioethique-de-belgique/>" (consulté le 25 octobre 2015).

CHU Liège, *Documents*. CPMA, (sans date). Disponible sur: <http://cpma-ulg.be/les-traitements/la-fecondation-in-vitro/> (consulté le 25 avril 2016).

CHU Liège (sans date), La fécondation in vitro [enregistrement vidéo]. (Durée: 4min17). Disponible sur: <http://cpma-ulg.be/les-traitements/la-fecondation-in-vitro/> (consulté le 25 octobre 2015).

CLINICA EUGIN, *Insémination artificielle avec don de sperme (IAD)*, Euvitro, 2016. Disponible sur: <https://www.eugin.fr/traitement-fiv/insemination-artificielle/iad/> (consulté le 3 mars 2016).

DEBRY, J-M., RAVEZ, L, *Quelle pratique pour la PMA aujourd'hui?*, EthicaClinica, 2006. Disponible sur: "<http://www.actiegezin-actionfamille.be/Doc/FR/debryPMA.pdf>" (consulté le 19 octobre 2015).

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE UNIVERSITÉ DE LIÈGE, *Informations relatives aux traitements par insémination artificielle ou fécondation in vitro avec sperme de donneur*, CPMA CHR CITADELLE, 2014. Disponible sur: "<http://cpma-ulg.be/wp-content/uploads/2014/09/INFOS-IAD-FIV-D-version-9.pdf>" (consulté le 4 mars 2016).

DORZEE, H., *Parents homosexuels inégaux devant la loi.*, Le soir, 2015, 1p. Disponible sur: "<http://archives.lesoir.be/parents-homosexuels-inegaux-devant-la-loi-t-20130218-02A23A.html>", (consulté le 2 décembre 2015).

<http://www.vocabulairepolitique.be/comite-consultatif-de-bioethique-de-belgique/>

DUBOIS, M., FOIDART, J-M., *La procréation médicale assistée: cadre législatif en Belgique*. Société Européenne de Gynécologie., (sans date). 5p. Disponible sur "http://www.seg-web.org/images/downloads/newsletters/texte_pma_cadre_legislatif_en_belgique.pdf", (consulté le 19 octobre 2015).

Entretien avec DUBOIS. M., professeur en médecine, CHR Citadelle de Liège, 25 septembre 2015.

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE, *Qu'est-ce que le diagnostic préimplantatoire ?*, EGB, sans date. Disponible sur:

"<http://www.etatsgenerauxdelabioethique.fr/les-diagnostic-prenatal-et-preimplantatoire/quest-ce-que-le-diagnostic-preimplantatoire.html>"

FAROUDJA, J.M, *Clause de conscience du médecin*, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011.

HERPIN, J-S., *Mariage pour tous, adoption, PMA : et si on demandait à un belge?* Média-part. 2013. Disponible sur: "<https://blogs.mediapart.fr/jsherpin/blog/050213/mariage-pour-tous-adoption-pma-et-si-demandait-un-belge>", (consulté le 12 février 2016).

HORDE, P., *Statut de l'embryon et du fœtus*, Université de Droit Paris 5, 2014.

HOTTOIS, G., MISSA, J-N., *Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck, 2001.

LAFFITTE, A., *Le bilan d'infertilité du couple*. INFO BEBE. 2013. Disponible sur: "<http://www.infobebes.com/Envie-de-bebe/Infertilite/Le-bilan-d-infertilite/Le-bilan-d-infertilite-du-couple>", (consulté le 27 février 2016).

LA RÉDACTION D'ALLODOCTEURS.FR. *PMA : pour qui et comment ?*, 2015, 1p. Disponible sur: "http://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/pma-pour-qui-et-comment_977863.html", (consulté le 2 décembre 2015).

PARIZEAU, M.-H., "Bioéthique", in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (dir. Monique Canto-Sperber), Paris, Presses universitaires de France, 1996, p. 184-190.

PASSEPORT SANTÉ, *La fécondation In Vitro (FIV)*, sans date. Disponible sur: "http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=fecondation_in_vitro_pm" (consulté le 25 octobre 2015).

PELLÉ DOUEL Christilla, *Vivre la procréation médicalement assistée*, sans date. Psychologies. Disponible sur: "<http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Sterilite/Articles-et-Dossiers/La-Fecondation-in-Vitro-30-ans-plus-tard/Vivre-la-procreation-medicalement-assistee>" (consulté le 4 mars 2016).

POIROT P., *GPA: la Belgique, un modèle singulier qui repose sur le don d'une mère porteuse*. BFMTV, 2015. Disponible sur: "<http://www.bfmtv.com/societe/gpa-la-belgique-un->

modele-singulier-qui-repose-sur-le-don-d-une-mere-porteuse-887203.html", (consulté le 12 février 2016).

ROCHON Madeleine, *Stérilité et infertilité: deux concepts*. Erudit, 1986. Disponible sur: "<https://www.erudit.org/revue/cqd/1986/v15/n1/600584ar.pdf>", (consulté le 12 février 2016).

SERVICE DES ÉTUDES JURIDIQUES, *Étude de législation comparée n° 193 - janvier 2009 - L'accès à l'assistance médicale à la procréation*, 2009. Disponible sur: "<http://www.senat.fr/lc/lc193/lc193.html>", (consulté le 12 février 2016).

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN SECTEUR DES SCIENCES DE LA SANTÉ, *Avis du Comité Consultatif de Bioéthique*. UCLouvain, sans date. Disponible sur: "<https://www.uclouvain.be/376376.html>"

VAN DE WALLE J-P., GPA: autoriser ou interdire ?, *La Libre*, 12/2015, Disponible sur: "<http://m.lalibre.be/>", (consulté le 17 décembre 2015).

VAN ROMPAEY C., Bientôt un cadre légal pour la procréation médicalement assistée?, *En Marche*, 2006. Disponible sur: "http://archives.enmarche.be/Sante/Ethique/PMA_proposition_loi.htm", (consulté le 19 octobre 2015).

Table des matières

Plan	4
Introduction	6
Chapitre I: définitions des notions	8
Section 1: procréation médicalement assistée	8
• L'insémination artificielle.....	8
• La fécondation in vitro	8
• La gestation pour autrui	9
• l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes.....	9
Section 2: définitions diverses	9
Chapitre II: historique de la procréation médicalement assistée sous l'angle du droit	13
Section 1: situation antérieure à la loi de 2007	13
Sous-section 1: encadrement belge	14
Sous-section 2: encadrement international.....	16
Section 2: processus d'élaboration de la loi du 6 juillet 2007.....	17
Chapitre III: développement de la procédure.....	21
Section 1: champ d'application de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes	21
Sous-section 1: acteurs	21
Sous-section 2: différentes conditions d'accès	22
Sous-section 3: droit comparé	27
Section 2: déroulement de la procédure	28
Sous-section 1: insémination artificielle	29
Sous-section 2: fécondation in vitro.....	32
Sous-section 3: diagnostic génétique préimplantatoire	34
Section 3: coût de ces procédures	35
Sous-section 1: en Belgique	35
Sous-section 2: en France	39
Section 4: destination des embryons surnuméraires et gamètes.....	40
Sous-section 1: cryoconservation dans le cadre du projet parental ou en vue d'un projet parental ultérieur.....	41
Sous-section 2: affectation des gamètes ou des embryons surnuméraires à un programme de recherche	43
Sous-section 3: don de gamètes et d'embryons surnuméraires	45
Sous-section 4: procréation post mortem	52

Chapitre IV: contrôle et sanctions	53
Chapitre V: la gestation pour autrui	55
Section 1: différentes techniques et terminologie	55
Section 2: absence d'encadrement	56
Section 3: dans la pratique.....	59
Chapitre VI: filiation	60
Section 1: dans le cadre de la procréation médicalement assistée	60
Sous-section 1: sans intervention de tiers	60
Sous-section 2: PMA avec tiers donneurs	61
Sous-section 3: Procréation post mortem	66
Section 2: dans le cadre de la gestation pour autrui.....	66
Conclusion	70
Bibliographie	72
Section 1: jurisprudences.....	72
Section 2: doctrines.....	72
Section 3: législations.....	73
Section 4: ressources non juridiques	75
Table des matières	79
Liste des annexes	81

Liste des annexes

Conventions relatives à la PMA²⁶⁰

1. Modèle de convention de traitement par insémination avec sperme du conjoint
2. Modèle de convention de traitement par fécondation in vitro
3. Modèle de convention de congélation de sperme pour raison médical

Annexes de l'arrêté royal du 6 octobre 2008²⁶¹

1. ANNEXE A1: modèle de formulaire de demande destiné au médecin-conseil
2. ANNEXE A2: modèle de formulaire d'autorisation délivré par le médecin-conseil à la bénéficiaire
3. ANNEXE A3: modèle de formulaire à conserver à la disposition du médecin-conseil par le pharmacien hospitalier
4. ANNEXE B1: modèle de formulaire de demande destiné au médecin-conseil
5. ANNEXE B2: modèle de formulaire d'autorisation délivré par le médecin conseil à la bénéficiaire
6. ANNEXE B3: modèle de formulaire à conserver à la disposition du médecin-conseil par le pharmacien hospitalier

²⁶⁰ CHU Liège, *Documents*. CPMA, (sans date). Disponible sur: <http://cpma-ulg.be/les-traitements/la-fecondation-in-vitro/> (consulté le 25 avril 2016).

²⁶¹ AR du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine. M.B. 14 octobre 2008.



DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
UNIVERSITE DE LIEGE

CENTRE DE PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE
CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
B-4000 LIEGE

Numéro : DSP.06.COV
Version 2 du 22/07/2013
Page 1 de 2

Tel 04/225 65 75
Fax 04/225 66 57
Web: <http://www.cpma-ulg.be>

CONVENTION DE TRAITEMENT PAR INSEMINATION AVEC SPERME DU CONJOINT (IAC)

Nous soussignés,

Madame

Monsieur

NOM

NOM

PRENOM

PRENOM

Date Naissance

Date Naissance

DOMICILE : Rue..... N°

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

Certifions :

1. Avoir sollicité du Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) la réalisation d'insémination(s) avec sperme du conjoint (IAC) au sein de notre couple.
2. Avoir été dûment informés, de manière extensive, des diverses implications de ce traitement et notamment :
 - Que le succès du traitement ne peut être assuré.
 - Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne éventuelle ainsi que des complications potentielles liées à tout geste intra utérin.
 - De la nécessité d'avoir recours à diverses techniques de capacitation du sperme (lavage simple, migration sur gradient,...) en fonction de la qualité initiale du prélèvement.
 - Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche.
 - Que cette convention, sauf notification écrite et cosignée de notre part, vaut pour l'ensemble des IAC nécessaires à la réalisation éventuelle de notre projet parental.

- Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA.

3. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour nous permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

Marquons notre accord, sciemment et librement :

- Au prélèvement du sperme du conjoint et à son traitement par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.
- A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de nos données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

Lu et approuvé.
Madame
(Date et signature)

Lu et approuvé.
Le conjoint,
(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.

Directeur CPMA : M. Dubois

Responsable Qualité : F. Thonon

2.



DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
UNIVERSITE DE LIEGE

CENTRE DE PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE
CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
B-4000 LIEGE

Numéro : FIV.01.COV
Version 2 du 27/02/2013
Page 1 de 2

Tel 04/225 65 75
Fax 04/225 66 57
Web : <http://www.cpma-ulg.be>

CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO

Nous soussignés,

Madame

NOM
PRENOM

Date Naissance

DOMICILE : Rue..... N°

Code postal : Ville..... Pays :

Certifions :

1. Avoir été dûment informé(e)s, de manière extensive, des diverses implications de ce traitement et notamment :
 - Que le succès du traitement ne peut être assuré.
 - Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire
 - De la possibilité d'avoir recours à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour assurer la fécondation de l'ovocyte en cas de pathologie spermatique.
 - Des modalités légales régissant le nombre d'embryons transférés et le devenir des embryons surnuméraires
 - Des risques de malformations fœtales et des possibilités de détection prénatale de certaines de ces malformations.
 - Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche.
 - Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA.
2. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour nous permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

TSVP ►

Marquons notre accord, sciemment et librement :

- Au prélèvement et au traitement des ovocytes par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.
- Le cas échéant, au prélèvement du sperme du conjoint et à son traitement par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.
- A la mise à disposition des instances externes de contrôles nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

Lu et approuvé.
Madame
(Date et signature)

Lu et approuvé.
Le conjoint, la compagne
(Date et signature)

Pour le CPMA
Le médecin responsable
(cachet et signature)

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

Directeur CPMA : M. Dubois

Responsable Qualité : F. Thonon

3.



DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
UNIVERSITE DE LIEGE

CENTRE DE PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE
CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
B-4000 LIEGE

Tel 04/225 65 75
Fax 04/225 66 57
Web: <http://www.cpmal-ulg.be>

Numéro : LSP/STO.05.COV
Version 3 du 4/02/2015
Page 1 de 2

CONVENTION RELATIVE A LA CONGELATION DE SPERME POUR RAISON MEDICALE.

Je soussigné,

NOM : (patient)

PRENOM :

Date Naissance :

DOMICILE : Rue..... N°.....

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

Si patient MINEUR : Parent/Tuteur légal :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Certifie :

avoir reçu les informations relatives à la congélation de sperme, les avoir comprises et jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision réfléchie et responsable.

J'ai ainsi été informé qu'une partie des spermatozoïdes et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation.

Au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des spermatozoïdes peut également survenir dans diverses circonstances.

Pour ces raisons, je suis conscient et accepte que le CPMA ne puisse garantir ni être tenu responsable de la qualité des spermatozoïdes lors de la décongélation.

Marque mon accord, sciemment et librement

- Au prélèvement de mon sperme (celui de mon fils/pupille), à son traitement et à sa cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure.
- Pour que ces données médicales –sous formes codées excluant toute identification possible– soient mises à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales

Sollicite que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité du sperme le permette :

1. Cette congélation est réalisée pour une raison médicale :

- Traitements médicaux, chirurgicaux (à l'exception de la vasectomie pour stérilisation volontaire) ou radiothérapiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation.
- Echantillons spermatiques cryptozoospermiques, issus d'une biopsie testiculaire, d'une ponction épидидymaire ou obtenus suite à une éjaculation rétrograde.

2. Le délai de cryopréservation des gamètes est de 10 (dix) ans, à dater du jour de la congélation.

A ma demande expresse, ce délai sera réduit à : 1 an - 2ans - 3ans - 4 ans - 5 ans
 6 ans - 7 ans - 8 ans - 9 ans

- Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA.

3. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour nous permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

Marquons notre accord, sciemment et librement :

- Au prélèvement du sperme du conjoint et à son traitement par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.
- A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de nos données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

Lu et approuvé.
Madame
(Date et signature)

Lu et approuvé.
Le conjoint,
(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.

Directeur CPMA : M. Dubois

Responsable Qualité : F. Thonon

J'atteste qu'un traitement préalable par le citrate de clomifène s'est montré inefficace, **soit** par une absence d'ovulation dans les 10 jours après la fin d'un traitement de 5 jours avec le citrate de clomifène administré à la dose de 150 mg par jour, **soit**, en cas d'ovulations obtenues par l'administration de citrate de clomifène, par une absence de grossesse après au moins 4 cycles menstruels traités, **soit** lorsque le traitement par citrate de clomifène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs.

OU

J'atteste que la bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène.

Je sais que, dans ces conditions, l'octroi d'un forfait pour un tel traitement est limité à un maximum de 6 traitements complets par bénéficiaire.

Je sais que, au cours de la vie de la bénéficiaire, maximum 6 forfaits pour un traitement visé au 1° **et** 6 forfaits pour un traitement visé au 2° peuvent être octroyés.

Je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que cette patiente se trouve dans la situation attestée.

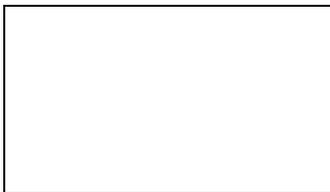
III – Identification du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

[| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |] (nom)

[| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |] (prénom)

1- [| | | | |] - [| |] - [| | | |] (N° INAMI)

[| |] / [| |] / [| | | |] (DATE)



(CACHET°

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)]

OU

La bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène

L'octroi d'un forfait pour un tel traitement est limité à un maximum de 6 traitements complets par bénéficiaire.

Chaque bénéficiaire ne peut recevoir, au cours de sa vie, qu'une autorisation pour 6 forfaits pour un traitement visé au 1° **et** qu'une autorisation pour 6 forfaits pour un traitement visé au 2°

Le présent document est à conserver par la bénéficiaire. Il doit être complété, daté et signé au moment de l'induction de l'ovulation par le médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, attaché ou affilié à un hôpital disposant d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B, responsable du traitement pour la bénéficiaire visée ci-dessus.

Traitement autorisé	Date de l'induction d'ovulation	Cachet du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique responsable du traitement	Date et Signature
1	[]/[]/[]		[] / [] / []
2	[]/[]/[]		[] / [] / []
3	[]/[]/[]		[] / [] / []
4	[]/[]/[]		[] / [] / []
5	[]/[]/[]		[] / [] / []
6	[]/[]/[]		[] / [] / []

III – Identification du médecin conseil :

Date : []/[]/[] Signature et cachet)]

fène s'accompagne d'une insuffisance de maturation de l'endomètre (endomètre de moins de 6 mm d'épaisseur en fin de stimulation) dans deux cycles successifs.

OU

J'atteste que la bénéficiaire présente une intolérance au citrate de clomifène.

L'octroi d'un forfait pour un tel traitement est limité à un maximum de 6 traitements complets par bénéficiaire.

Je sais que la bénéficiaire peut se voir octroyer au maximum 6 forfaits pour le traitement visé au ° **et** 6 forfaits pour le traitement visé au 2°

J'atteste que, à ma connaissance, ce document se rapporte au traitement complet au n° [] (maximum 6 traitements) pour la bénéficiaire ci-dessus. J'atteste avoir dûment complété l'autorisation accordée à la bénéficiaire pour l'octroi de 6 forfaits pour y mentionner le traitement concerné par la présente facturation.

Je m'engage à tenir à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve qui démontrent que cette patiente se trouve dans la situation attestée.

III – Identification du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique (nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

[] (nom)

[] (prénom)

1-[]-[]-[] (N° INAMI)

[]/[]/[] (DATE)



(CACHET°

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)]