

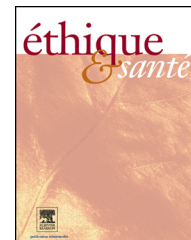


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

L'ouverture de l'assistance médicale à la procréation pour les femmes non mariées : défis éthiques et pratiques, expérience du centre hospitalier universitaire de Caen

Expanding access to medically assisted reproduction to unmarried women: Ethical issues and organizational challenges, the Caen university hospital center experience

N. Brielle^{a,b,c,*}, M. Gouriot^b, A. Clergeau^d,
S. Hamonou^d, M.A. Clarotti^d, C. Denoual-Ziad^e,
G. Moutel^{f,g,h}

^a Unité de recherche, Inserm U1086 Anticipe, École Doctorale 497 - normande de Biologie Intégrative, Santé, Environnement, CHU Caen Normandie, université Caen Normandie, avenue de la Côte de Nacre, 14000 Caen, France

^b Espace de réflexion éthique de Normandie (EREN), PFRS, 2, rue des Rochambelles, 14000 Caen, France

^c École de sages-femmes de Caen, PFRS, 2, rue des Rochambelles, 14000 Caen, France

^d Service de biologie de la reproduction, CHU Caen Normandie, avenue de la Côte de Nacre, 14000 Caen, France

^e Service d'obstétrique et de gynécologie, CHU Caen Normandie, avenue de la Côte de Nacre, 14000 Caen, France

^f Service de médecine légale, CHU Caen Normandie, avenue de la Côte de Nacre, 14000 Caen, France

^g Équipe de recherche Inserm U1086 Anticipe, CHU Caen Normandie, avenue de la Côte de Nacre, 14000 Caen, France

^h Comité d'éthique de l'Inserm, espace de réflexion éthique de Normandie (EREN), PFRS, 2, rue des Rochambelles, 14000 Caen, France

MOTS CLÉS

Assistance médicale à la procréation ;

Résumé

Objectifs. — Analyser les défis éthiques et pratiques soulevés par l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation (AMP) aux femmes non mariées depuis la loi du 2 août 2021, à travers l'expérience du CECOS et du centre d'AMP de Caen et l'examen de situations cliniques complexes.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : brielle-n@chu-caen.fr (N. Brielle).

<https://doi.org/10.1016/j.etique.2026.01.002>

1765-4629/© 2026 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Femmes non
mariées ;
Éthique médicale ;
Autonomie
décisionnelle ;
Intérêt de l'enfant

Méthodologie. — Analyse rétrospective des données d'activité du CECOS de Caen (septembre 2021–décembre 2024) portant sur 1061 demandes d'AMP avec don de spermatozoïdes, dont 565 émanant de femmes non mariées. Étude qualitative à partir des entretiens psychologiques menés auprès de 501 femmes seules. Examen de trois situations cliniques représentatives discutées lors de staffs pluridisciplinaires de réflexion éthique.

Résultats. — La demande globale a été multipliée par 7,7 depuis la réforme législative. Les femmes seules représentent 53,3 % des demandes de première consultation, avec un âge moyen de 35,8 ans révélant une diversité inattendue : 32,7 % ont moins de 35 ans, profil non anticipé par le législateur. Le taux de récusation demeure faible (1,4 %) tandis que 24,6 % des femmes interrompent spontanément leur parcours. Trois situations cliniques complexes illustrent les questionnements éthiques spécifiques : Albane (19 ans, victime d'agression sexuelle), Barbara (26 ans, déficiente visuelle) et Chloé (39 ans, en situation de précarité socioéconomique).

Conclusions. — L'extension de l'AMP révèle un paradoxe fondamental entre universalité théorique proclamée et complexité pratique de mise en œuvre. La délégation du pouvoir décisionnel aux équipes médicales, sans cadre collégial obligatoire, peut exposer à des interprétations subjectives fondées sur des normes sociales dominantes. L'invocation récurrente de « l'intérêt de l'enfant à naître » risque de masquer des jugements normatifs sur l'âge, le handicap ou la précarité économique des demandeuses.

© 2026 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

KEYWORDS

Medically assisted
reproduction;
Unmarried women;
Medical ethics;
Decisional autonomy;
Child's best interest

Summary

Objectives. — To analyze the ethical issues and organizational challenges raised by opening Medically Assisted Reproduction (MAR) to unmarried women since the law of August 2, 2021, through the experience of the CECOS and MAR center of Caen and the examination of complex clinical situations.

Methodology. — Retrospective analysis of activity data from the Caen CECOS (September 2021–December 2024) covering 1061 MAR requests with sperm donation, including 565 from unmarried women. Qualitative study based on psychological interviews conducted with 501 unmarried women. Examination of three representative clinical situations discussed during multidisciplinary ethical reflection meetings.

Results. — Overall demand has increased 7.7-fold since the legislative reform. Unmarried women represent 53.3% of first consultation requests, with a mean age of 35.8 years revealing unexpected diversity: 32.7% are under 35 years old, a profile not anticipated by the legislator. The rejection rate remains low (1.4%) while 24.6% of women spontaneously discontinue their pathway. Three complex clinical situations illustrate specific ethical questions: Ms. A (19 years old, victim of sexual assault), Ms. B (26 years old, visually impaired), and Ms. C (39 years old, in socio-economic precarity).

Conclusions. — The extension of MAR reveals a fundamental contrast between proclaimed theoretical universality and practical complexity of implementation. The delegation of decision-making power to medical teams, without mandatory collegial framework, may expose them to subjective interpretations based on dominant social norms. The recurrent invocation of “the interest of the child to be born” risks masking normative judgments about the age, disability, or economic precarity of applicants.

© 2026 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introduction

La loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique a profondément transformé le paysage de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) en France en étendant son accès à toutes les femmes, indépendamment de leur situation matrimoniale ou de leur orientation sexuelle [1]. Cette

réforme majeure, résumée par l'expression « AMP pour toutes les femmes », marque une rupture conceptuelle avec le modèle antérieur qui limitait l'accès aux couples hétérosexuels présentant une infertilité médicalement constatée.

Cette évolution législative s'inscrit dans un contexte sociétal marqué par la diversification des modèles familiaux et l'évolution des représentations de la parentalité. Elle

répond également aux revendications d'égalité d'accès aux soins et de reconnaissance de l'autonomie reproductive des femmes, tout en soulevant des questionnements éthiques inédits concernant les modalités pratiques de sa mise en œuvre.

L'article L. 2141-10 du Code de la santé publique, modifié par la loi de 2021, confère aux équipes médicales un pouvoir décisionnel considérable en leur permettant de refuser une prise en charge lorsque « *la femme non mariée ou le couple demandeur ne satisfont pas aux conditions stipulées au présent titre ou lorsque ce médecin, après délibération au sein de l'équipe clinicobiologique pluridisciplinaire, considère qu'un délai de réflexion supplémentaire s'avère nécessaire à la femme non mariée ou au couple demandeur, dans l'intérêt de l'enfant à naître* » [2].

Cette formulation, volontairement large, délègue *de facto* aux professionnels de santé la responsabilité d'interpréter et d'appliquer les principes généraux de la loi dans des situations concrètes souvent complexes, comme les très jeunes demandeuses ou celles en situation de précarité socioéconomique. L'ouverture de l'AMP aux femmes non mariées soulève des questionnements éthiques particuliers qui dépassent les enjeux traditionnels de l'AMP. Au-delà des considérations médicales classiques, les équipes doivent désormais intégrer dans leur réflexion des dimensions sociales, économiques, psychologiques et familiales inédites.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'analyser plus précisément les défis éthiques et pratiques soulevés par l'ouverture de l'AMP aux femmes non mariées, à travers l'expérience concrète du Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) et du centre d'AMP de Caen depuis la mise en application de la loi par le décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 [3].

Les objectifs secondaires incluent l'analyse de la démographie par âge des femmes non mariées demandeuses d'AMP, l'identification des motifs de récusation de prise en charge de la part des équipes médicales, des raisons d'abandon de parcours par les demandeuses et l'examen approfondi de situations cliniques complexes ayant suscité une réflexion éthique pluridisciplinaire.

Méthodologie

Cette étude observationnelle rétrospective a été menée au CECOS du centre hospitalier universitaire de Caen Normandie. L'approche méthodologique combine analyse quantitative des données d'activité et analyse qualitative de situations cliniques complexes.

Approche quantitative

L'analyse porte sur la période du 28 septembre 2021 au 31 décembre 2024, soit 39 mois d'activité. La population étudiée comprend, dans un premier temps, l'ensemble des femmes et couples ayant formulé une demande de première

consultation d'AMP avec don de spermatozoïdes au CECOS de Caen.

Les données ont été extraites via le logiciel Médifirst®, système d'information hospitalo-universitaire utilisé pour le suivi des activités d'AMP. Les variables recueillies incluent le type de demandeur (couples hétérosexuels, couples de femmes, femmes non mariées), le nombre de demandes de première consultation par les différents publics et le nombre de tentatives d'AMP réalisées au 31 décembre de chaque année.

Le parcours de prise en charge des femmes seules demandeuses d'AMP débute au CECOS de Caen par un premier entretien avec l'une des psychologues du service (deux entretiens prévus au total). Ce faisant les données concernant les 501 femmes non mariées ayant effectué ce premier entretien ont été analysées de manière spécifique. Les variables analysées comprennent l'âge, les motifs de récusation éventuelle de prise en charge par les équipes médicales, le taux d'interruptions de parcours par les demandeuses et les raisons de ces interruptions.

Approche qualitative : analyse de situations complexes

Face à des situations cliniques inédites et complexes, le CECOS et le centre d'AMP de Caen ont sollicité l'Espace de réflexion éthique de Normandie (EREN) pour organiser des réunions de réflexion éthique afin de revenir sur certaines situations cliniques auxquelles ils ont été confrontés. Trois rencontres ont eu lieu sur la période étudiée, réunissant les équipes du CECOS et du centre d'AMP de Caen avec les membres pluridisciplinaires de l'EREN.

À partir des situations évoquées lors de ces staffs de réflexion éthique, trois vignettes cliniques représentatives ont été construites. Chaque vignette combine plusieurs éléments issus de situations réelles différentes. Les données présentées ont été anonymisées et ne permettent aucune identification individuelle.

Résultats

Approche quantitative

Impact quantitatif de la réforme législative sur l'activité du CECOS de Caen

Sur la période étudiée, 1061 demandes de première consultation d'AMP avec don de spermatozoïdes ont été enregistrées au CECOS de Caen. Cette activité se répartit entre 137 demandes de couples hétérosexuels (12,9 %), 359 de couples de femmes (33,8 %) et 565 de femmes non mariées (53,3 %). L'évolution temporelle révèle une très forte demande dès le dernier trimestre 2021, avec 146 premières consultations émanant de l'ensemble des publics dont 97 pour des femmes non mariées (66,4 %). La proportion de demandes de première consultation de femmes seules s'est ensuite stabilisée sur les années suivantes autour de 50–54 % de la globalité des demandes.

L'afflux des nouveaux publics a multiplié le nombre de demandes de première consultation par 7,7 par rapport aux seules demandes de couples hétérosexuels (137 versus

1061), et le nombre de premières tentatives d'AMP par 6,7 (108 couples hétérosexuels versus 724 personnes au total).

Profil démographique par âge des femmes non mariées

L'analyse des 501 femmes non mariées ayant effectué un premier entretien psychologique révèle un âge moyen de 35,8 ans, masquant une grande hétérogénéité. La répartition par tranches d'âge montre que 51 femmes (10,2 %) ont moins de 30 ans, 113 (22,5 %) ont entre 30 et 34 ans, 226 (45,1 %) ont entre 35 et 39 ans et 111 (22,2 %) ont plus de 40 ans. L'évolution temporelle montre une tendance au rajeunissement, l'âge moyen passant de 37,4 ans en 2021 à 34,4 ans en 2024.

Taux de récusation et motifs de refus

Sur les 501 femmes non mariées ayant effectué un premier entretien psychologique, seules six ont été récusées par les équipes (1,4 %), taux remarquablement faible. L'analyse détaillée de ces récusations révèle que trois femmes l'ont été pour pathologie psychiatrique, deux femmes pour des raisons médicales somatiques (syndrome de Turner avec cardiopathie, utérus multi-cicatriciel) et une femme en raison du placement judiciaire de ses enfants aînés.

Aucune de ces récusations n'a conduit à des demandes de recours juridiques de la part des demandeuses.

Abandons de parcours par les femmes non mariées et motifs d'interruption

Dans cette population de femmes non mariées, 123 femmes sur les 501 ayant réalisé le premier entretien psychologique, ont interrompu leur parcours d'AMP avant la réalisation d'une première tentative (24,6 %), soit près d'une femme sur quatre. Ce taux est nettement supérieur à celui observé chez les couples de femmes et l'analyse des motifs d'interruption révèle des raisons diverses ($n = 123$) :

- rencontre d'un partenaire : 22 femmes (17,9 %) ;
- grossesse spontanée : 19 femmes (15,5 %) ;
- déménagement : 5 femmes (4,0 %) ;
- poursuite du parcours à l'étranger : 6 femmes (4,9 %) ;
- autres raisons (familiales, professionnelles, de santé) : 25 femmes (20,3 %) ;
- sans explication : 46 femmes (37,4 %).

Ces interruptions, après la réalisation du premier entretien psychologique, ont pu survenir à différents stades du parcours, certaines femmes renonçant même après la phase de stimulation ovarienne.

Approche qualitative – Exposition de situations cliniques complexes

Première situation : questionnaire relatif à l'âge d'une femme seule dans une problématique psychologique particulière

Albane a 19 ans et exerce comme vendeuse dans un commerce à temps partiel. Elle a toujours désiré avoir des enfants, le plus tôt possible, dès que sa vie affective et sa vie professionnelle seraient suffisamment stables pour le lui permettre. Malheureusement, à l'âge de 17 ans,

Albane a été victime d'un viol commis par un homme de son entourage. Son agresseur est actuellement en attente de jugement définitif en appel.

Durant les deux années qui ont suivi son agression, Albane a refusé toute prise en charge ou aide psychologique malgré les recommandations des médecins de l'unité médico-judiciaire et de la psychologue du Bureau d'accueil et d'aide aux victimes. Actuellement, elle n'envisage plus d'avoir, à un seul moment de sa vie, une relation sexuelle avec un homme. Pour autant, Albane n'a pas renoncé à son désir d'enfant et consulte au CECOS pour bénéficier d'une AMP avec don de spermatozoïdes. Elle déclare qu'avoir un enfant l'aiderait dans la résolution de son traumatisme et donc dans sa « reconstruction ».

Deuxième situation : questionnaire relatif à l'autonomie d'une femme seule porteuse de handicap

Barbara a 26 ans et exerce comme cadre commerciale. Elle est porteuse d'une cécité de naissance non héréditaire. Elle est mère d'un petit garçon de 3 ans né d'une relation non suivie. La grossesse était non programmée. Barbara et Monsieur ont décidé communément de garder la grossesse sans aucun engagement de Monsieur qui n'a pas reconnu l'enfant et ne participe pas à son éducation.

Barbara gère seule son domicile et son fils. Elle a totalement assimilé son handicap et ne se catégorise d'ailleurs pas comme handicapée. Elle est parfaitement autonome et ne bénéficie d'aucune aide à domicile. Elle sait faire appel à son entourage ou à des aides extérieures lors d'activités particulières (piscine, sortie dans un lieu nouveau...). Elle est entourée de sa famille et de nombreux amis. Son fils va bien, son médecin traitant déclare qu'il bénéficie d'un suivi tout à fait classique.

Barbara demande à bénéficier d'une AMP avec don de spermatozoïdes car elle trouve la démarche plus juste et plus rassurante que la survenue d'une grossesse inopinée avec un partenaire potentiellement « envahissant ». Elle comprend que l'équipe médicale puisse avoir des questionnements et prend le temps de décrire à la psychologue son mode de vie rassurant. Elle lui explique aussi qu'elle vivrait mal un refus de prise en charge à cause de son handicap et informe la psychologue que des professionnels de santé l'avaient déjà incitée à interrompre sa première grossesse en raison de son handicap et de son jeune âge, ce qui l'avait particulièrement heurtée.

Troisième situation : questionnaire relatif à la vulnérabilité socioéconomique d'une femme seule

Chloé a 39 ans et exerce comme agent d'entretien à temps partiel. Lors de l'entretien avec la psychologue du CECOS, Chloé se décrit spontanément comme une femme trop gentille dont les hommes profitent. Elle ne parvient pas à construire de relation avec un compagnon mais a un vrai désir de maternité. Rejetée par sa mère, elle a été élevée par sa grand-mère. Son père, effacé, ne s'est jamais opposé à sa femme. Chloé déclare « qu'avoir un papa n'est pas forcément très utile ! »

Elle réalise actuellement des heures de ménage pour une entreprise privée. Elle a le soutien de son employeur qui semble l'apprécier parce qu'elle aime rendre service. Il s'est engagé à lui attribuer des horaires compatibles avec son projet parental.

Elle gagne 800 € par mois et vit dans un appartement de type F1. Elle économise chaque mois depuis deux ans en prévision de son projet de maternité.

Chloé a conscience de sa précarité et entend s'entourer de toutes les aides possibles. Elle est avide de conseils, volontaire et active, elle a d'ailleurs rencontré l'assistante sociale du centre de protection maternelle et infantile (PMI) et a dressé avec elle un budget prévisionnel pour les premières années de vie de l'enfant.

Discussion

L'analyse des données du CECOS et du centre d'AMP de Caen révèle des phénomènes sociologiques et organisationnels complexes qui dépassent les prévisions initiales du législateur. La multiplication par 7,7 des demandes de première consultation témoigne de l'impact considérable de la réforme, mais soulève également des questions sur la capacité d'adaptation du système de soins à cette nouvelle demande.

Un phénomène de diversification inattendu

La répartition par âges des femmes non mariées met en évidence une diversification sociologique non anticipée. Si le profil « attendu » de femmes de plus de 35 ans, installées professionnellement, représente effectivement les deux tiers des demandeuses (67,3 %), l'émergence d'un tiers de femmes plus jeunes (32,7 % ont moins de 35 ans) constitue un phénomène sociologique majeur. Cette diversification révèle que la légalisation et la prise en charge par l'Assurance Maladie ont permis l'expression de projets parentaux qui restaient jusqu'alors inexprimés ou réalisés à l'étranger lorsque les femmes en avaient les moyens financiers. De plus, la tendance au rajeunissement de cette population au CECOS de Caen durant les trois années étudiées, suggère une appropriation progressive de cette possibilité par des femmes plus jeunes. Ce rajeunissement semble témoigner d'une volonté, pour certaines femmes, d'accéder à une autonomie procréative reflétant une évolution culturelle et sociologique de la femme en Occident.

Cette évolution questionne les représentations traditionnelles de la parentalité et confronte les équipes à des situations inédites. Les motivations diversifiées – anticipation de l'infertilité liée à l'âge, traumatismes relationnels, revendication de la monoparentalité choisie – témoignent d'une redéfinition des normes conjugales et parentales qui dépasse le simple accès technique à l'AMP [4].

Le paradoxe de l'abandon de parcours

Le taux d'abandon de 24,6 % chez les femmes non mariées constitue un paradoxe apparent. Malgré un processus de réflexion préalable souvent long, près d'une femme célibataire sur quatre interrompt son parcours (24,6 %). Cette réalité suggère que l'élaboration psychologique ne s'achève

pas nécessairement avant la première consultation, mais se poursuit durant l'accompagnement médical. Les entretiens psychologiques obligatoires mis en place à Caen semblent jouer un rôle déterminant dans cette maturation décisionnelle. Plutôt que de constituer un obstacle, ce taux d'abandons pourrait témoigner de l'efficacité d'un processus d'accompagnement médical et psychologique permettant aux femmes de mesurer pleinement les implications de leur projet. Ces consultations médicales et ces entretiens psychologiques semblent favoriser une élaboration autour de ces questions qui permet d'éviter, dans la majorité des situations, une grossesse finalement non désirée pouvant aboutir à une demande d'interruption volontaire de grossesse.

Implications organisationnelles et éthiques

Le faible taux de récusations de la part des équipes médicales (1,4 %) contraste avec ce fort taux d'abandons spontanés, suggérant que l'accompagnement global des femmes représente une forme de régulation du nombre de demandes plus respectueuse sur le plan éthique puisque fondée sur le principe d'autonomie décisionnelle des demandeuses.

Le défi de l'universalité face aux restrictions pratiques

L'expression « AMP pour toutes les femmes » synthétise une prérogative juridique inédite : l'ensemble des femmes en âge de procréer, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur situation matrimoniale, peuvent désormais solliciter une assistance médicale à la procréation. L'enjeu fondamental inhérent à l'instauration de cette nouvelle prérogative réside naturellement dans la délimitation de ses restrictions. Dans l'extension du droit à l'AMP à l'ensemble des femmes, c'est précisément cette dimension universelle qui suscite l'interrogation. Le seul fait de circonscrire cette prérogative aux femmes en âge de procréer constitue déjà le passage d'une universalité théorique vers une universalité pragmatique. L'enjeu central consiste à différencier l'exception fondée de l'arbitraire et de la discrimination.

Délégation du pouvoir décisionnel aux équipes médicales

La législation n'interdit nullement aux trois femmes évoquées dans l'exposition de situations complexes de solliciter une AMP, le législateur n'ayant listé aucun critère, hormis l'âge maximal, susceptible de motiver un refus de prise en charge par l'équipe médicale. Bien au contraire, par l'arrêté du 14 avril 2022 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation [5], le législateur a listé des critères ne pouvant conduire ni à prioriser, ni à exclure, ni à restreindre l'accès au don (le statut matrimonial, l'orientation sexuelle, le fait d'avoir des enfants ou de ne pas en avoir, l'origine géographique des demandeurs et la désignation par la ou les bénéficiaires d'une personne ayant volontairement accepté de procéder à un tel don en faveur d'un tiers anonyme).

Néanmoins, les parcours particuliers de ces trois personnes ont conduit les équipes médicales à s'interroger sur la pertinence d'une exception justifiée dans leur situation. Parallèlement, différer la réponse à leur demande ou y répondre négativement impose de s'assurer qu'aucune discrimination arbitraire n'est commise.

En examinant la première situation présentée, nous observons que l'agression subie par Albane semble avoir partiellement transformé son projet existentiel : elle en a préservé l'objectif (constituer précocement une famille), mais non la modalité (elle n'envisage désormais plus de fonder une famille autrement que par le recours à l'AMP). Il apparaît donc que l'agression endurée par Albane constitue un élément constitutif de son projet : elle ne sollicite pas simplement une AMP pour réaliser un projet de vie, elle semble également la demander en raison de l'agression subie. C'est la raison pour laquelle, initialement, la situation génère perplexité et hésitation au sein de l'équipe médicale. Est-il équitable qu'une aspiration aussi fondamentale soit accomplie sous cette forme particulière en raison d'une agression ? Est-il souhaitable pour Albane que la concrétisation de son projet existentiel soit corrélée au fait qu'elle a été agressée sexuellement ? En effet, il semble intuitivement qu'une demande d'AMP émanant d'un couple hétérosexuel infertile ou d'un couple de femmes ou d'une femme célibataire ne souhaitant plus différer son accès à la maternité, ne s'apparente pas exactement à celle d'une très jeune femme sollicitant cette technique suite à une agression et estimant qu'un enfant favoriserait la résolution de son traumatisme. Face à la complexité de la situation d'Albane, la psychologue du CECOS a mené avec elle quatre entretiens au lieu des deux prévus par le protocole du service. Ces échanges ont permis à Albane d'élaborer autour de son traumatisme, ce qui a conduit la psychologue à l'orienter vers une consultation spécialisée. Albane a alors spontanément décidé de reporter son projet.

Questionnement sur l'âge et les normes sociales

Dans la situation d'Albane comme dans celle de Barbara, le très jeune âge des deux femmes a également motivé le questionnement des équipes. Dans la loi du 2 août 2021, aucune limite d'âge inférieure n'est mentionnée, excepté celle de la majorité légale. Il nous paraît complexe d'identifier des critères qui sembleraient objectifs pour déterminer une limite d'âge inférieure autre que la majorité légale. En effet, si l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant en France s'établit actuellement à 29,1 ans [6], c'est précisément qu'une partie de la population procréée bien plus précocement et une autre partie bien plus tardivement. La proposition formulée par plusieurs membres des équipes médicales de différer le projet de ces femmes en raison de leur âge soulève alors l'interrogation suivante : pour qui est-il nécessaire de reporter le projet ? Pour le bien-être de la patiente jugée, semble-t-il, trop inexpérimentée pour prendre une décision responsable la concernant, dans l'intérêt de l'enfant à naître, ou pour rendre le projet plus acceptable aux yeux de certains soignants, en rapprochant le projet de ces femmes des normes d'âge dominantes de la parentalité en France ?

Il convient alors de souligner la diachronie entre la temporalité de la majorité des personnes se dirigeant vers l'AMP pour accéder à la parentalité et celle des équipes qui les accompagnent. En effet, si nous avons observé qu'un quart des femmes seules formulant une demande de première consultation au CECOS de Caen interrompait leur parcours avant la réalisation de l'AMP, nous avons également pu constater que 75,4 % d'entre elles menaient la démarche à son terme, supposant ainsi un projet longuement et mûrement réfléchi. Ainsi, au moment où ces dernières se présentent au CECOS, leur cheminement préalable s'avère déjà très long. La première consultation constitue pour elles un aboutissement, tandis que pour les équipes, elle représente un commencement. Signifier à ces femmes qu'elles devraient « *prendre le temps de réfléchir* » constitue une parole susceptible d'être perçue comme injuste, voire violente, compte tenu du temps de réflexion ayant précédé la prise de rendez-vous, auquel s'ajoute le délai moyen de prise en charge.

« L'intérêt de l'enfant à naître » : une notion problématique

Les trois situations évoquées soulèvent manifestement l'épineuse problématique de « *l'intérêt de l'enfant à naître* » mentionné dans l'article L. 2141-10. En effet, Thomas Dumortier, juriste, déclarait que « *selon la formule, devenue célèbre, du Doyen Carbonnier, l'intérêt de l'enfant fait figure de "formule magique" au sein du droit de la famille, et de manière plus générale, serions-nous tentés d'ajouter, au sein de l'ordre juridique tout entier, notion aussi insaisissable qu'auréolée du prestige associé à la protection de l'enfance* » [7]. L'intérêt de l'enfant comme argument de la délibération collégiale s'avère problématique car il demeure impossible de lui attribuer un sens univoque ou déterminé ni même de cerner les critères permettant de l'identifier. L'intérêt de l'enfant convoque une projection incertaine, une évaluation d'une situation appréhendée approximativement et à un moment figé, qui se résume par un scénario probabiliste, réducteur et subjectif. Mais si cette notion ne peut être définie clairement, elle semble néanmoins, comme pour les acteurs du droit, être utilisée dans les discussions des équipes médicales comme référence normative sur laquelle les professionnels s'appuient pour fonder leur interprétation de certaines situations complexes. Autrement dit, la notion est mobilisée comme valeur ayant une fonction consensuelle au sens où sa légitimité paraît indiscutable. Ainsi, dans la deuxième situation présentée, celle de Barbara, évoquer l'intérêt de l'enfant permet d'éviter d'aborder la problématique du handicap et de la compétence parentale qui constituent des sujets socialement et éthiquement sensibles. Dès lors, la mise en œuvre pratique de la loi soulève la question de l'accompagnement et du soutien à la parentalité en termes de politique publique. Néanmoins, Barbara démontrant une autonomie indéniable dans l'ensemble des secteurs de sa vie, les équipes de Caen ont rapidement répondu favorablement à sa demande.

Précarité socioéconomique et risque de discrimination

L'intérêt de l'enfant à naître est également systématiquement invoqué lorsque la situation socioéconomique de la femme seule apparaît précaire. Ce fut le cas pour Albane et naturellement lors des discussions des équipes concernant la troisième situation présentée, celle de Chloé. Pourtant, il convient de rappeler que le motif économique, s'il fondait la légitimation d'un refus, serait probablement identifié par un tribunal administratif comme un motif discriminatoire. Ces interrogations sur le statut socioéconomique des femmes non mariées ont longuement été débattues lors des débats parlementaires préparatoires à la loi et Guillaume Chiche déclarait alors : « *Enfin, j'entends dire de plus en plus souvent que les familles monoparentales, qui représentent 20 % des familles françaises et qui, pour 36 % d'entre elles, vivent aujourd'hui sous le seuil de pauvreté, ne devraient pas avoir d'enfant ou, pour le formuler autrement, qu'on ne devrait pas institutionnaliser l'émergence de familles monoparentales au motif qu'elles vivent sous le seuil de pauvreté. C'est le monde à l'envers ! (...) Il ne s'agit pas de faire obstacle au désir d'enfant d'une femme célibataire mais au contraire de le lui permettre, et de venir en aide à toutes les personnes en situation de pauvreté.* (...) » [8].

En nous référant à la situation de Chloé, nous ne pouvons que reconnaître que tous les aspects organisationnels, logistiques, matériels et affectifs sont pris en compte par cette femme, qui sait s'entourer de toutes les aides possibles, comme le centre de PMI, et ce en amont même de la mise en place de la procédure d'AMP. Si les équipes du CECOS et du centre d'AMP de Caen avaient refusé à Albane ou à Chloé l'accès à la procédure sur le seul critère socioéconomique, il leur aurait fallu démontrer que l'intérêt de l'enfant à naître n'était pas assuré, ce qui semble fort discutable. Comme nous l'avons observé pour le très jeune âge de certaines demandeuses, ce type de critère de refus de prise en charge s'appuie incontestablement sur des références normatives reposant sur des valeurs personnelles qui, en l'occurrence, ne font pas consensus. La demande de Chloé a donc été acceptée par les équipes de Caen.

Respect de l'autonomie décisionnelle

En dernier lieu, les trois situations exposées confrontent, bien évidemment, les professionnels au respect de l'autonomie individuelle et décisionnelle de ces femmes. L'autonomie, telle qu'elle est définie par Tom Beauchamp et James Childress en 1979, correspond à une action libre qui découle d'une décision prise sans contrainte extérieure, avec un consentement libre et éclairé. Cette définition rejoint l'idée philosophique selon laquelle une personne peut, par sa propre réflexion, décider de ses actions après avoir analysé sa situation et rassemblé les informations nécessaires [9]. Cependant, cette autonomie, quand elle peut s'exercer, reste souvent théorique, voire illusoire. En réalité, nos décisions sont influencées malgré nous par nos émotions et par les normes et pressions sociales qui guident nos comportements. Ainsi, le désir de certaines personnes d'accéder à la parentalité, quelle que soit leur situation,

n'échappe pas à l'influence de leurs émotions et de la pression sociale.

Par ailleurs, l'autonomie décisionnelle dans le champ de la santé a pour condition fondamentale l'exhaustivité et la clarté de l'information délivrée par les équipes médicales. Cependant, là aussi, les émotions, les représentations sociales et les valeurs des professionnels guident, parfois malgré eux, leur exercice. Il s'avère que recourir à l'AMP en tant que femme seule constitue une manière de déployer une parentalité individuelle qui n'est plus subordonnée à la nécessité d'être en couple, et qui témoigne de l'autonomie procréative des femmes et de leur capacité à redéfinir les normes conjugales et parentales [4], ce qui peut heurter les représentations et les valeurs de certains professionnels. Ainsi, il est possible que sur le territoire national, certains professionnels se permettent d'émettre des jugements de valeur qui, pensent-ils, leur octroient le droit d'autoriser ou de ne pas autoriser un accès à l'AMP. Or, il nous semble que, quelle que soit la situation des couples ou des femmes seules, le rôle primordial de ces équipes professionnelles est de comprendre pour mieux accompagner chacune de ces demandes dans sa singularité et parfois sa complexité, et non de se positionner en tant que juge décisionnaire.

Vers une collégialité des décisions et une amélioration des pratiques

Le meilleur rempart à ce type d'écueil est, bien évidemment, l'instauration d'une collégialité de la décision au cas par cas, prenant en compte la contextualisation de chaque situation. Cette collégialité aurait pu être inscrite dans la loi comme c'est le cas en médecine prénatale ou lors des décisions d'arrêt de traitements en fin de vie, mais le législateur n'a pas fait ce choix qui, pourtant, aurait permis de contrer les avis stigmatisants et potentiellement discriminants envers certaines demandes et donc des récusations de demandes sur des motifs subjectifs susceptibles d'aboutir à des contentieux juridiques. La loi du 2 août 2021 en matière d'AMP laisse aux équipes la responsabilité de la décision ce qui suscite des tensions entre professionnels et de l'anxiété au sein des équipes.

Pour autant, si nous revenons sur notre expérience au sein du centre du CHU de Caen, nous observons aussi une véritable intention de certaines équipes de mieux comprendre et de mieux accompagner ces couples et ces femmes dans leur parcours. Les psychologues du CECOS de Caen ont, par exemple, mis en place dernièrement un groupe de parole auquel toutes les femmes seules faisant une demande d'AMP peuvent participer et ce jusqu'à un an de l'enfant. De plus, nous constatons dans ce centre une volonté de tendre vers la collégialité de la décision, allant jusqu'à solliciter les membres de l'EREN pour revenir sur des situations où le consensus a été difficile à trouver. Néanmoins, la pluridisciplinarité au sein des staffs hebdomadaires pourrait être élargie en sollicitant par exemple juriste et assistante sociale, afin que tous les champs d'expertise soient représentés et apportent ainsi leur éclairage dans des situations particulières afin de tendre vers une collégialité de la décision au cas par cas.

Conclusion

L'analyse de l'expérience du CECOS et du centre d'AMP de Caen révèle que l'extension de l'AMP aux femmes non mariées a généré des transformations sociologiques majeures, avec l'émergence inattendue d'un tiers de femmes de moins de 35 ans redéfinissant les normes traditionnelles de parentalité. Le paradoxe entre un faible taux de récusation médicale et un fort taux d'abandon spontané démontre l'efficacité de l'accompagnement des femmes (informations sur le parcours, accompagnement psychologique) comme mécanisme d'autorégulation éthiquement acceptable puisque fondé sur le principe d'autonomie décisionnelle des demandeuses.

L'extension de l'accès à l'AMP révèle une tension fondamentale entre universalité théorique proclamée et complexité pratique de mise en œuvre. Les situations d'Albane, Barbara et Chloé illustrent les difficultés à concilier respect du choix des femmes, protection de l'intérêt de l'enfant et prévention des discriminations.

La délégation du pouvoir décisionnel aux équipes médicales, sans cadre collégial obligatoire, expose à des interprétations subjectives fondées sur des normes sociales dominantes ou sur des critères de jugements individuels qui ne font pas consensus et ainsi génèrent anxiété et tensions au sein des équipes. L'instauration d'une collégialité systématique constituerait un rempart contre les décisions subjectives et potentiellement discriminatoires. L'élargissement de cette collégialité à d'autres professions (juristes, assistantes sociales, référents en éthique) enrichirait la qualité des délibérations et sécuriserait les décisions au cas par cas, tout en préservant l'autonomie décisionnelle des demandeuses.

L'expérience du CHU de Caen, avec ses innovations organisationnelles et sa recherche de collégialité élargie, propose des pistes prometteuses. L'enjeu central demeure la transformation d'une logique d'autorisation vers une logique d'accompagnement reconnaissant la légitimité des nouveaux modèles familiaux. La réussite de cette réforme dépendra de la capacité des professionnels à développer une

approche empathique et non discriminatoire, garantissant l'effectivité de l'universalité proclamée et reconnue par la loi.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.
- [2] Code de la santé publique. Article L. 2141-10. Version en vigueur depuis le 29 septembre 2021.
- [3] Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation.
- [4] Malmanche H, Lenouvel M. The Conversation; 2025 [cité 10 août 2025]. Devenir mère seule par PMA : quand le désir d'enfant s'affranchit du couple. Disponible sur : <http://theconversation.com/devenir-mere-seule-par-pma-quand-le-desir-denfant-saffranchit-du-couple-261722>].
- [5] Arrêté du 14 avril 2022 portant modification de l'annexe de l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.
- [6] Institut national d'études démographiques (INED). Âge moyen à la maternité [Internet]; 2025 [cité 10 août 2025]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>].
- [7] Dumortier T. L'intérêt de l'enfant : les ambivalences d'une notion « protectrice ». *Rev Droits Homme (En ligne)* 2013;(3):1–16.
- [8] Touraine J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la révision de la loi relative à la bioéthique [Internet]. Assemblée Nationale; 2019 [cité 22 août 2025]. Report No.: 1572. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/bioethique/l15b1572_rapport-information].
- [9] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 1979 [314 p.].