



XXIV^{ème} législature

Les décrets

Projet de décret visant à encadrer les modes alternatifs de parentalité



Parlement
Jeunesse

Wallonie-Bruxelles

Wallonie-Bruxelles

Jeunesse

Parlement

*Proposé par Mme la Ministre Hanna-Joséphine
D'Alessio*

Ministère de la famille

Exposé des motifs



Devenir parent devrait être l'une des aventures les plus extraordinaires au monde, pour celles et ceux qui en ont envie. Pourtant, pour certain·e·s d'entre nous, réaliser ce rêve relève du parcours du combattant. Pourquoi ? Parce que notre société pense pouvoir prédire si nous serons (ou non) de bons parents, et décide de nous accorder ou non le droit de le devenir.

Chaque personne a le droit fondamental de devenir parent, et il est temps que nous offrions à chacun·e l'accès à tous les moyens possibles pour réaliser ce rêve. Tel est l'objectif de mon décret.

Pour atteindre ce but, mon décret autorise tout·e citoyen·ne, peu importe sa structure familiale, à accéder à trois modes alternatifs de parentalité.

Premièrement, la gestation pour autrui, qui se déroulera désormais dans le cadre d'un contrat de travail entre la mère porteuse et le/la/les parent(s).

Deuxièmement, l'adoption, qui sera ouverte à tout·e adulte sans qu'une enquête préalable ne doive être organisée.

Troisièmement, la procréation médicalement assistée, qui sera simplifiée et ne sera plus soumise à l'arbitraire des équipes médicales.

On ne naît pas parent, on le devient. Il est temps de permettre à chacun·e de choisir son avenir.

Hanna-Joséphine D'Alessio

Ministre de la Famille

Mémoire de commission



Cher·ère·s député·e·s,

Tout au long de la rédaction de ce mémoire de commission, la volonté de vous fournir les bases nécessaires à la compréhension des concepts et des enjeux sollicités par ce décret m'a animé.

Je vous invite à voir ce mémoire comme les fondations communes sur lesquelles vous pourrez chacun·e bâtir librement votre avis sur les propositions présentées par la Ministre D'Alessio.

Dans un premier temps, la Procréation Médicalement Assistée (PMA) et la Gestation Pour Autrui (GPA) seront définies essentiellement d'un point de vue scientifique, afin que vous puissiez découvrir plus concrètement comment ces deux projets se traduisent dans la réalité du monde médical.

C'est ensuite selon le prisme juridique que la PMA et la GPA seront analysées avec une mise au point du cadre législatif actuel en Belgique. Vous y trouverez également des chiffres et autres statistiques pour une mise en perspective plus aisée. Une attention sera également portée à la législation actuelle en matière d'adoption.

Enfin, la dernière partie de ce mémoire s'attachera à vous présenter le système proposé par le décret de Madame la Ministre.

Je vous souhaite à tou·te·s une agréable lecture.

Sébastien Pannus

Président de commission

I – PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. CONCEPTS INTRODUCTIFS

A. NOTIONS BIOLOGIQUES

Pour bien comprendre les concepts qui sont au cœur du décret proposé, il est intéressant de démarrer par quelques notions biologiques générales rassemblées dans cette introduction afin que vous puissiez y revenir rapidement si cela s'avère nécessaire au cours de la lecture de ce mémoire.

Tout d'abord, la naissance d'un enfant ne peut se faire sans une série d'étapes obligatoires au préalable. L'une des plus fondamentales est la **fécondation**. Elle consiste en la rencontre d'un spermatozoïde (**gamète mâle**) avec un ovule (**gamète femelle**) qui, ensemble, forment une seule et même cellule appelée **zygote** ou **cellule-œuf**. Cette dernière va progressivement se diviser et aura besoin de s'implanter dans un utérus pour effectuer les échanges nécessaires à sa croissance. Notons que dès l'apparition de cette cellule-œuf et jusqu'à la 8e semaine de grossesse, on désignera cet organisme en voie de développement sous l'appellation d'**embryon**.

Concernant l'origine respective des gamètes, les ovules sont théoriquement libérés une fois sur le mois par les ovaires et les spermatozoïdes, eux, proviennent des testicules. Ces deux gamètes pourront alors potentiellement se rencontrer dans l'utérus après un rapport sexuel. Cependant, **il existe des situations médicales où la fécondation est rendue impossible**. Par exemple, lorsque les ovaires ne libèrent pas mensuellement un ovule ou encore, lorsque les testicules contiennent trop peu voire pas de spermatozoïdes. C'est notamment dans ce type de situations qu'interviennent les aides médicales à la procréation.

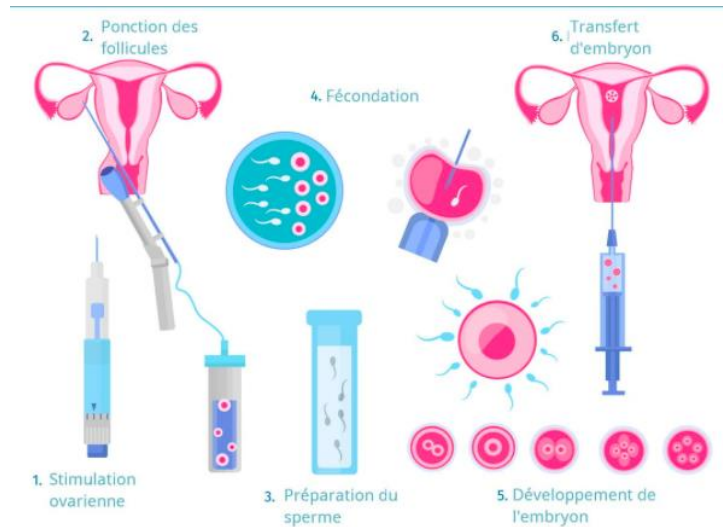
B. PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

La **Procréation Médicalement Assistée** dite « PMA » – appelée aussi Assistance Médicale à la Procréation (AMP) – est un terme utilisé lorsque le corps médical intervient dans le processus de procréation, c'est-à-dire lors de la conception d'un enfant. Classiquement, la fécondation a lieu sans qu'aucune intervention humaine ne soit nécessaire. Néanmoins, certaines situations nécessitent des moyens médicaux pour aider à la fécondation.

Derrière le terme de « PMA », on retrouve des méthodes diverses et variées pour aider à la procréation. Parmi les plus courantes, on notera :

- La **stimulation ovarienne** : le but est d'augmenter les chances qu'un ovule soit libéré par les ovaires et *de facto*, qu'il rencontre un spermatozoïde. Cela est rendu possible par l'administration de médicaments.
- L'**insémination artificielle** : elle consiste à injecter dans l'utérus des spermatozoïdes au moment de l'ovulation afin d'augmenter la probabilité de rencontre des deux gamètes. Souvent, la femme a eu une stimulation ovarienne au préalable.

- La **fécondation *in vitro*** dite « FIV » : il s'agit ici de réaliser la fécondation sous microscope après prélèvements des gamètes. Après la fécondation et les premières divisions cellulaires, des embryons (deux ou trois) sont transférés directement dans l'utérus afin qu'ils tentent de s'implanter. Les étapes clés sont illustrées ci-dessous.



C. GESTATION POUR AUTRUI

La **Gestation Pour Autrui** dite « GPA » est une technique singulière d'aide médicale à la procréation. En effet, elle se distingue des autres méthodes par le recours à une **mère porteuse**. Cette dernière va porter, après une fécondation *in vitro*, un enfant pour d'autres personnes, appelées **parent·e·s d'intention**.

Plus concrètement, la GPA implique différents participant·e·s :

- Les **parent·e·s d'intention** : il s'agit de la personne ou du couple à l'origine du projet parental. Notons bien que les gamètes peuvent tirer leurs origines des deux parent·e·s d'intention, d'un seul ou d'aucun.
- La **mère porteuse** : il s'agit de la femme qui va porter et être enceinte de l'enfant d'autrui. Précisons que cette femme peut aussi être à la fois mère porteuse et donneuse de gamètes dans le cadre d'un même projet parental si ce sont ses propres ovules qui sont utilisés.
- Les **donneur·se·s de gamètes** : ce sont la ou les personnes qui font don de leurs gamètes. Elles ne sont pas indispensables si les gamètes proviennent des deux parent·e·s d'intention.

D. LA SÉLECTION DES EMBRYONS

Si nous nous intéressons plus précisément à la fécondation *in vitro* abordée précédemment, il est important de comprendre qu'il est **indispensable d'effectuer une sélection des embryons car tous ceux créés ne pourront être implantés** : d'une part, car tous n'auront pas atteint un développement satisfaisant et d'autre part, pour limiter le risque de grossesses multiples car ces dernières augmentent inévitablement les risques pour la mère et les enfants.

Pour choisir, les biologistes formés à ces méthodes se basent sur des critères morphologiques de « qualité embryonnaire » qui permettent à chaque stade de développement cellulaire d'**évaluer le potentiel de chaque embryon**. Tout au long de ce processus, une sélection naturelle (arrêt ou lenteur de développement de certains

embryons par exemple) s'effectue et seuls les embryons ayant le plus de chance de s'implanter dans l'utérus sont sélectionnés. Il s'agit là du seul critère de sélection autorisé actuellement. Il n'est donc pas possible pour les futur·e·s parent·e·s de demander des caractéristiques précises du futur enfant lors de la sélection de l'embryon car les tests qui s'avèreraient nécessaires pour déterminer ces caractéristiques sont interdits. Il est à signaler que même si ces tests sont interdits en Belgique, il est aujourd'hui possible de déterminer beaucoup de caractéristiques d'un embryon en analysant son génome (c'est-à-dire son patrimoine génétique) à l'aide de moyens techniques perfectionnés. Parmi ces caractéristiques, on retrouve le sexe, les caractéristiques physiques et esthétiques ou encore certains gènes favorisant l'apparition de maladies. Concernant les caractéristiques liées à la personnalité de l'individu, il est hautement probable que de nombreux gènes y jouent un rôle mais il n'est scientifiquement pas possible de les déterminer actuellement avec exactitude.

Cependant, il est possible en Belgique d'apprendre certaines informations sur les embryons avant de les transférer dans l'utérus sous certaines conditions. Cela rentre dans le cadre du diagnostic préimplantatoire. En effet, les personnes qui présentent un risque de maladie génétique grave et qui souhaitent avoir un enfant peuvent bénéficier de cette procédure capable de diagnostiquer une anomalie génétique sur un embryon obtenu par FIV. L'objectif de ce test est d'identifier les embryons porteurs de l'anomalie génétique en question de manière à ne transférer que des embryons non-atteints dans l'utérus. Selon la maladie, il est parfois nécessaire de déterminer le sexe de l'enfant dans le cadre de maladies ne touchant qu'un sexe bien précis.

II – ÉTAT ACTUEL DE LA SITUATION

1. PRATIQUES MÉDICALES

Seulement quelques dizaines d'années après la naissance en 1978 de Louise Brown (premier bébé au monde à naître d'une fécondation *in vitro*), les techniques de procréation médicalement assistée se sont largement développées et répandues. **La Belgique se situe d'ailleurs parmi les pays pionniers en matière de PMA.** Dans les faits, beaucoup d'hôpitaux belges proposent des consultations de la fertilité pour rediriger ensuite les patient·e·s vers les grands centres spécialisés dans la réalisation de ces méthodes dans notre pays.

En développant ces techniques, le monde scientifique tente de répondre à une situation médicale croissante, l'**infertilité**¹. Cela concerne **15% des couples au niveau mondial** avec des prévalences et causes variables selon les régions. Par ailleurs, un couple européen sur six consultera un médecin pour des difficultés à concevoir². Parmi les grandes causes de l'infertilité croissante, on retrouve l'âge de la femme au moment du désir de conception. Celui-ci est de plus en plus élevé. Par exemple, l'âge moyen de la femme au moment de la naissance de l'enfant ne cesse d'augmenter pour se situer à une moyenne de 30,6 ans en 2017 en Belgique d'après Eurostat. D'autres facteurs

1 Notons que l'Organisation Mondiale de la Santé définit l'infertilité comme l'absence de conception après au moins douze mois de rapports sexuels non-protégés. Elle se distingue de la stérilité qui est l'incapacité totale et définitive de concevoir, diagnostic qui ne peut être posé que devant une cause évidente et non curable d'infertilité.

2 Chiffres issus du cours de Gynécologie-Obstétrique du Pr. C. Wyns, Cheffe de service de Gynécologie-Andrologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc.

entrent bien évidemment en compte comme la malnutrition, le stress, la surcharge pondérale, le tabac, les perturbateurs endocriniens, etc. Ceux-ci concernent les deux sexes.

2. CADRE LÉGISLATIF BELGE ET SES APPLICATIONS DANS LES FAITS

A. PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

En juillet 2007, une loi relative à la procréation médicalement assistée a été votée dans notre pays. Celle-ci autorise le recours à la PMA et définit l'auteur·e du projet parental comme « *toute personne ayant pris la décision de devenir parent par le biais d'une procréation médicalement assistée, qu'elle soit effectuée ou non au départ de ses propres gamètes ou embryons* ». Des limites relatives à l'âge de la femme ont toutefois été posées. Elle doit, en effet, avoir **entre 18 et 45 ans** inclus pour un prélèvement de gamètes et pour faire une demande d'implantation d'embryons ou d'insémination de gamètes³. Aucune autre précision supplémentaire n'est apportée concernant la qualité des bénéficiaires. **Les femmes seules ou les couples homosexuels peuvent donc bénéficier des techniques de PMA.**

Précisons aussi que les hôpitaux ou centres médicaux **ne sont pas tenus** d'effectuer des techniques de PMA. De même, s'ils les pratiquent, ce sont eux qui fixent leurs conditions. La loi prévoit notamment que les centres de fécondation ont la liberté d'invoquer la clause de conscience à l'égard des demandes qui leur sont adressées. Cela signifie qu'un centre peut refuser les demandes de recours à la PMA qui ne rempliraient pas les conditions d'accessibilité définies par le centre lui-même étant donné que le sujet soulève des enjeux éthiques importants. Par exemple, certains centres de fécondation n'ouvrent pas la PMA aux femmes seules ou encore, aux couples homosexuels.

Dans les faits, 33 790 cycles de PMA ont été entrepris en 2014, qui ont conduit à 5 774 naissances, soit **4,6% du total des naissances**. En 2016, le nombre de cycles de PMA réalisés s'élevait à 36 296 pour 5 596 naissances⁴. Un enseignement important qu'on peut tirer de ces chiffres est que les méthodes de PMA ne permettent pas systématiquement la conception, bien au contraire, car **le taux d'échec est très important**.

B. GESTATION POUR AUTRUI

En Belgique, un **vide juridique** entoure la GPA. En effet, à l'heure actuelle, aucune loi ne l'autorise. Cependant, elle n'en est pas pour autant interdite – du moins lorsqu'elle n'est **pas rémunérée**⁵. Dès lors, ce flou juridique a permis l'appel aux mères porteuses dans notre pays. Certains centres médicaux (Saint-Pierre à Bruxelles, La Citadelle à Liège ainsi que les hôpitaux universitaires de Gand et Anvers) acceptent, sous des conditions médicales

3 INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTHIQUE, « La Procréation Médicalement Assistée (PMA) en Belgique », p. 9.

4 UNIVERSITE DE LIEGE, « Belgian Register for Assisted Procreation » (BELRAP), <https://www.belrap.be/Public/Default.aspx>, consulté le 19 janvier 2020.

5 R. HAZÉE, « Qu'est-ce qu'elle a ma GPA », *La Libre Belgique*, 7 novembre 2018.

très strictes et après un examen approfondi du dossier, d'avoir recours à cette technique de procréation⁶. Comme pour la PMA, les conditions sont prédéfinies par le centre de procréation.

Dans la réalité, peu d'enfants – une dizaine par an environ – naissent par GPA en Belgique car d'une part, les conditions d'accès sont très limitées et d'autre part, les **complications juridiques** sont craintes, notamment car la mère porteuse est la mère légale de l'enfant à la naissance et jusqu'à l'adoption par les parent·e·s d'intention. Cela a pour conséquence que de nombreuses personnes désireuses d'avoir recours à la GPA cherchent à réaliser cette méthode de procréation à **l'étranger** avant de revenir avec l'enfant en Belgique.



Les destinations les plus courantes pour effectuer la GPA sont les 6 pays repris ci-dessus. Chaque pays a bien évidemment ses propres règles. Ainsi, des pays comme les États-Unis autorisent toutes les modalités (commerciale, altruiste, partielle, totale) et pour toutes les personnes (hommes et femmes seuls, couples mariés ou non, hétérosexuels et homosexuels) alors que le Canada ne permet que la modalité altruiste, mais pour tous les types de familles. Au contraire, des pays comme l'Ukraine ou la Géorgie n'autorisent l'accès à la GPA qu'aux couples hétérosexuels mariés.

A titre indicatif, les prix moyens d'une GPA selon différents pays sont les suivants⁷ :

États-Unis	110 000 € - 160 000 €
Grèce	75 000 € - 85 000 €
Canada	100 000 € - 110 000 €
Ukraine	50 000 € - 60 000 €
Russie	60 000 € - 80 000 €
Géorgie	50 000 € - 60 000 €

6 M. KNOCKAERT, « Le droit face à un don de vie ? Réflexions sur le fœtus et l'enfant dans la gestation pour autrui », Université catholique de Louvain, 2015.

⁷ « Gestation pour autrui (GPA): définition et informations utiles », <https://babygest.com/fr/gestation-pour-autrui/>, consulté le 19 janvier 2020.

C. ADOPTION

Pour pouvoir adopter un enfant en Belgique, des conditions claires ont été déterminées. Ainsi, l'adoptant·e doit : être âgé·e d'au moins 25 ans⁸, avoir 15 ans⁹ de plus que l'adopté·e, avoir suivi le programme préparatoire et avoir été déclaré·e apte par le juge du Tribunal de la famille. Aussi, le couple – homosexuel ou hétérosexuel – doit être soit marié, soit cohabiter légalement ou soit cohabiter de fait depuis au moins 3 ans. Les personnes seules peuvent également être candidat·e·s à l'adoption.

Dans un premier temps, une étape clé de la procédure est donc de suivre un **programme préparatoire obligatoire**. Ce dernier est constitué d'une séance d'information et de séances préparatoires au cours desquelles sont abordés les aspects pédagogiques et psychologiques liés à l'éducation ou encore les conséquences juridiques découlant d'un processus d'adoption. Ensuite, dans un second temps, pour déclarer l'adoptant·e apte, le juge du tribunal de la famille va lancer une **enquête sociale**. Cette dernière se compose de **deux entretiens sociaux** dont un obligatoirement au domicile des candidat·e·s adoptant·e·s et de **trois entretiens psychologiques** avec un·e psychologue d'un organisme d'adoption agréé. Au cours de ces entretiens, plusieurs sujets sont abordés : l'histoire personnelle, familiale et relationnelle, le projet familial futur, les représentations de la fonction parentale, la disponibilité en temps ou encore les expériences de gestion du stress, des crises ou encore des conflits.

Notons que pour satisfaire aux différentes conditions et mener à bien les démarches administratives nécessaires, **plusieurs années sont nécessaires**. Aussi, il est important de souligner que si l'enfant adopté n'est pas belge, des conditions supplémentaires peuvent s'ajouter (et restreindre parfois celles citées précédemment) en fonction du pays d'origine de l'enfant.

III. SYSTÈME PROPOSÉ PAR LE DÉCRET

Le décret proposé par la ministre D'Alessio vise à ce que chaque péjgonien·ne ait accès à la PMA, à la GPA et à l'adoption **sans que cela ne soit nécessairement justifié par un problème de stérilité**. Par ailleurs, le décret prévoit une reconnaissance de **tous les types de relations** visant à établir un lien familial. Cela signifie qu'une ou plusieurs personnes, indépendamment des liens qui les unissent (amoureux, amicaux, familiaux, etc.) et qui désirent former une famille, verront leur relation reconnue et pourront bénéficier des aides à la procréation et avoir accès à l'adoption.

Ainsi, par exemple, un groupe de 5 ami·e·s pourrait fonder un projet familial, avoir des enfants par PMA, GPA ou adoption, et les enfants qui naîtraient seraient légalement considérés comme les enfants des 5 ami·e·s (ils auraient donc chacun 5 parent·e·s).

A. PMA

Concernant la PMA, les changements par rapport à la situation actuelle se trouvent essentiellement dans **l'impossibilité pour le corps médical de refuser un recours à la PMA** contrairement à ce que nous connaissons

⁸ Ou de 18 ans en cas d'adoption de l'enfant du conjoint.

⁹ Ou 10 ans de plus en cas d'adoption de l'enfant du conjoint.

pour le moment (cf. *supra*). Les centres ne pourront donc plus bénéficier de la clause de conscience et tous devront appliquer les mêmes règles d'accessibilité totale.

B. GPA

Le projet de décret propose un cadre législatif venant combler le vide juridique actuel.

Tout d'abord, le décret prévoit une **reconnaissance de l'enfant** par les parent·e·s d'intention dès le début de la procédure et non à partir du moment de l'adoption comme actuellement. Ensuite, le **métier de mère porteuse** sera reconnu. Il sera obligatoire pour toute femme désireuse d'être mère porteuse de s'inscrire dans la base de données officielle.

Ce métier sera **rémunéré**. En effet, chaque mère porteuse recevra une somme égale au revenu d'intégration minimum¹⁰ multiplié par 9 (pour les 9 mois de la grossesse). Cette somme est à la charge des parent·e·s d'intention et la mère porteuse pourra en bénéficier en plus de son salaire ou des allocations sociales dont elle bénéficie (chômage, etc.). De plus, les auteur·e·s du projet parental prendront en charge **tous les coûts** liés à la réalisation de la GPA ainsi que les **frais médicaux** de la mère porteuse liés à sa grossesse. Ils/elles pourront bénéficier d'un **remboursement** par l'intermédiaire de leur mutuelle.

Enfin, concernant la sélection des embryons, ce décret prévoit que les critères soient au libre choix des parents d'intention sans aucune restriction. Les parent·e·s d'intention pourront donc obtenir toutes les informations potentiellement décelables qu'ils souhaitent sur les embryons afin de décider lesquels transférer dans l'utérus.

3. ADOPTION

Le projet de décret **supprime les conditions d'accès à l'adoption** en vigueur actuellement dans notre pays, et notamment le programme préparatoire obligatoire et l'enquête sociale. Un encadrement sera toujours néanmoins possible pour les futur·e·s parent·e·s qui le désirent.

Le processus aura toujours recours à la justice par l'intermédiaire du tribunal de la famille qui, avec l'aide du service des adoptions, rendra possible l'adoption avec pour objectif premier que les enfants restent le moins longtemps possible sans foyer familial fixe et officiel.

10. Depuis le 1^{er} juillet 2019, le revenu d'intégration minimum est de 619,15 euros pour des cohabitants, de 928,73 euros pour des personnes isolées et de 1254,82 euros pour les citoyen·ne·s avec au moins un enfant à charge.

Projet de décret

Projet de décret visant à encadrer les modes alternatifs de parentalité

TITRE I – LA PARENTALITÉ

Art. 1. Toute personne majeure résidant en Région wallonne se voit reconnaître le droit fondamental à être parent·e.

Art. 2. §1. Les personnes qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas enfanter de manière naturelle peuvent bénéficier de :

- La procréation médicalement assistée (PMA) ;
- La gestation pour autrui (GPA) ;
- L'adoption.

§2. Le corps médical ne peut pas refuser de pratiquer la GPA et la PMA.

§3. Le Tribunal de la famille ne peut pas refuser une adoption.

Art. 3. §1. L'État reconnaît légalement tous les types de relations visant à établir un lien familial.

§2. Toute personne seule ou tout groupe de minimum 2 personnes peuvent former le projet d'avoir un enfant. Ce projet parental doit être déclaré auprès des autorités communales en vue de la reconnaissance du lien de filiation.

§3. En cas de pluri-parentalité, les parent·e·s choisissent, parmi leurs noms de famille, celui ou ceux à donner aux enfants issus de leur projet parental.

Art. 4. Les parent·e·s ayant recours à une manière non-naturelle d'enfanter peuvent demander de suivre un parcours d'appui avec une équipe pluridisciplinaire.

TITRE II – LES MANIÈRES NON-NATURELLES D'ENFANTER

CHAPITRE 1 – LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Art. 5. §1. Au sens du présent décret, la PMA est définie comme une manière non-naturelle d'enfanter dans le cadre de laquelle le corps médical intervient afin d'aider à la fécondation.

§2. La PMA peut prendre diverses formes, parmi lesquelles la stimulation ovarienne, l'insémination artificielle et la fécondation *in vitro*.

Art. 6. La PMA est autorisée sans conditions.

Art. 7. §1. Lorsque l'embryon est conçu au moyen de gamètes provenant de donneur·se·s, l'équipe médicale est tenue de faire appel à un ou plusieurs donneur·se·s de gamètes au phénotype proche des parent·e·s d'intention.

§2. Les critères de sélection de l'embryon sont laissés au libre choix des parent·e·s d'intention.

CHAPITRE 2 – LA GESTATION POUR AUTRUI

Art. 8. La GPA est autorisée dans le respect des conditions prévues par le présent décret.

A. LA SÉLECTION DE L'EMBRYON

Art. 9. §1. Lorsque l'embryon est conçu au moyen des gamètes des parent·e·s d'intention, ceux/celles-ci choisissent l'embryon à transférer dans l'utérus de la mère porteuse.

§2. Les critères de sélection de l'embryon sont laissés au libre choix des parent·e·s d'intention.

Art. 10. §1. Lorsque l'embryon est conçu au moyen de gamètes provenant de donneur·se·s, l'équipe médicale est tenue de faire appel à un ou plusieurs donneur·se·s de gamètes au phénotype proche des parent·e·s d'intention.

§2. Les critères de sélection de l'embryon sont laissés au libre choix des parent·e·s d'intention.

B. LA RECONNAISSANCE DE L'ENFANT

Art. 11. L'enfant conçu au moyen de la GPA est reconnu par ses parent·e·s d'intention dès le début de la procédure.

Art. 12. §1. L'identité de la mère porteuse est tenue secrète.

§2. Par exception au §1 du présent article, les parent·e·s d'intention et la mère porteuse peuvent, de commun accord, décider de ne pas garder l'identité de la mère porteuse secrète. Dans ce cas, les modalités sont définies par contrat.

C. LA PROFESSION DE MÈRE PORTEUSE

Art. 13. §1 Le métier de mère porteuse est une profession reconnue.

§2. L'exercice de la profession de mère porteuse n'engendre en aucun cas la suppression ou la suspension d'un revenu professionnel ou d'une allocation sociale.

Art. 14. §1. Les personnes souhaitant exercer la profession de mère porteuse sont tenues de s'inscrire dans la base de données des candidat·e·s mères porteuses.

§2. Les conditions d'inscription sont les suivantes :

- Être porteur·se d'un utérus ;
- Être majeur·e ;
- Accepter de se soumettre annuellement à un examen médical et psychologique complet.

§3. Les personnes ayant un profil médical et psychologique optimal seront sélectionnées en priorité pour être mères porteuses.

§4. Les personnes exerçant le métier de mère porteuse sans être inscrites dans la base de données des candidat·e·s mères porteuses sont passibles d'une amende de 5000€ ainsi que d'une peine de maximum 9 mois d'emprisonnement.

D. LE CONTRAT DE MÈRE PORTEUSE

Art. 15. La mère porteuse est soumise à un contrat de travail lorsqu'elle s'engage dans une grossesse. Ce contrat est d'une durée de 9 mois.

Art. 16. §1. La rémunération totale de la mère porteuse correspond au revenu d'intégration sociale multiplié par 9.

§2. Les mères porteuses perçoivent 25% de leur rémunération totale au moment de la signature du contrat.

§3. Le solde est versé lors de la réception de l'enfant par ses parent·e·s d'intention.

Art. 17. §1. Les frais liés à la GPA sont pris en charge par la mutuelle des parent·e·s d'intention.

§2. Ces frais incluent notamment :

- Les frais médicaux liés à l'insémination de la mère porteuse ;
- Le suivi médical de la mère porteuse avant, pendant et après la grossesse.

Art. 18. §1. Durant la grossesse, l'état de santé des mères porteuses est évalué à la fréquence définie par le corps médical.

§2. Par exception au §1 du présent article, la mère porteuse se soumet à tous les tests médicaux supplémentaires demandés par les parent·e·s d'intention.

E. LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

Art. 19. Sont considérés comme comportements à risques :

- Les comportements qui mettraient la vie de l'enfant à naître en danger ;
- Les comportements qui pourraient provoquer des difficultés de développement moteur et/ou cognitif pendant et/ou après la grossesse.

Art. 20. §1. En cas d'adoption d'un comportement à risque tel que défini à l'article 19, les parent·e·s d'intention ont la possibilité de refuser la reconnaissance de l'enfant.

§2. En cas de refus de reconnaissance de l'enfant par les parent·e·s d'intention, la mère porteuse rembourse aux parent·e·s d'intention le montant prévu à l'article 16 §2 et l'enfant porte le nom de la mère porteuse jusqu'à une éventuelle adoption.

Art. 21. En cas de fausse couche due à un comportement de la mère porteuse, celle-ci rembourse aux parent·e·s d'intention le montant prévu à l'article 16 §2.

Art. 22. §1. En cas de maladie ou handicap diagnostiqué au fœtus, les parent·e·s d'intention ont le droit de demander l'avortement.

§2. En cas de refus de l'avortement par la mère porteuse, celle-ci rembourse aux parent·e·s d'intention le montant prévu à l'article 16 §2. Elle est légalement reconnue comme la mère de l'enfant ou le soumet à l'adoption. L'enfant donné en adoption à sa naissance est prioritairement attribué à un·e ou des parent·e·s désireux·se·s de recourir à la GPA.

Art. 23. §1. En cas de danger pour la santé de la mère porteuse durant la grossesse, les décisions médicales sont prises en concertation avec les parent·e·s d'intention
§2. En cas de désaccord, l'équipe médicale est souveraine dans la prise de décision.

CHAPITRE 3 – L'ADOPTION

Art. 24. Les parent·e·s ayant recours à l'adoption ne sont pas soumis à des enquêtes sociales et/ou à des parcours pré-adoption.

Art. 25. §1. Les enfants sont attribués aux parent·e·s leur correspondant le mieux selon le service des adoptions et le tribunal de la famille.

§2. Le service des adoptions et le tribunal de la famille s'assurent que les enfants demeurent en institution le moins longtemps possible.

Art. 26. Dès que l'enfant intègre la famille adoptive, son lien de filiation avec les parent·e·s adoptif·ve·s est légalement reconnu.

TITRE III – ENTRÉE EN VIGUEUR

Art. 27. Le présent décret entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Projet de décret amendé

Projet de décret visant à encadrer les modes alternatifs de parentalité

TITRE I – LA PARENTALITÉ

Art. 1. Toute personne majeure résidant en Région wallonne se voit reconnaître le droit fondamental à être parent·e.

Art. 2. §1. Les personnes qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas enfanter de manière naturelle peuvent bénéficier de :

- La procréation médicalement assistée (PMA) ;
- La gestation pour autrui (GPA) ;
- L'adoption.

§2. Le corps médical ne peut pas refuser de pratiquer la GPA et la PMA sauf en cas de mise en danger de la santé de la personne portant l'enfant.

§3. Le Tribunal de la famille ne peut pas refuser une adoption.

Art. 3. §1. L'État reconnaît légalement tous les types de relations visant à établir un lien familial.

§2. Toute personne seule ou tout groupe de maximum 3 personnes peuvent former le projet d'avoir un enfant. Ce projet parental doit être déclaré auprès des autorités communales en vue de la reconnaissance du lien de filiation.

§3. En cas de pluri-parentalité, les parent·e·s choisissent, parmi leurs noms de famille, celui ou ceux à donner aux enfants issus de leur projet parental.

Art. 4. Les parent·e·s ayant recours à une manière non-naturelle d'enfanter peuvent demander de suivre un parcours d'appui avec une équipe pluridisciplinaire.

Art. 5. Une intervention financière de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est prévue pour toute structure familiale ayant recours à des modes alternatifs de parentalité visés à l'art. 2, §1 sans condition de revenu.

TITRE II – LES MANIÈRES NON-NATURELLES D'ENFANTER

CHAPITRE 1 – LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Art. 6. §1. Au sens du présent décret, la PMA est définie comme une manière non-naturelle d'enfanter dans le cadre de laquelle le corps médical intervient afin d'aider à la fécondation.

§2. La PMA peut prendre diverses formes, parmi lesquelles la stimulation ovarienne, l'insémination artificielle et la fécondation *in vitro*.

Art. 7. La PMA est autorisée sans conditions.

Art. 8. §1. Lorsque l'embryon est conçu au moyen de gamètes provenant de donneur·se·s, l'équipe médicale est tenue de faire appel à un ou plusieurs donneur·se·s de gamètes au phénotype proche des parent·e·s d'intention.

§2. La sélection du ou des embryons à implanter est laissée au libre choix des parent·e·s d'intention.

§3. Les médecins ne peuvent donner que des informations portant sur le développement de l'embryon ainsi que sur le risque d'handicap et/ou de maladie.

CHAPITRE 2 – LA GESTATION POUR AUTRUI

Art. 9. La GPA est autorisée dans le respect des conditions prévues par le présent décret.

A. LA SÉLECTION DE L'EMBRYON

Art. 10. §1. Lorsque l'embryon est conçu au moyen des gamètes des parent·e·s d'intention, ceux/celles-ci choisissent l'embryon à transférer dans l'utérus du/de la parent·e porteur·se.

§2. La sélection du ou des embryons à implanter est laissée au libre choix des parent·e·s d'intention.

§3. Les médecins ne peuvent donner que des informations portant sur le développement de l'embryon ainsi que sur le risque d'handicap et/ou de maladie.

Art. 11. §1. Lorsque l'embryon est conçu au moyen de gamètes provenant de donneur·se·s, l'équipe médicale est tenue de faire appel à un ou plusieurs donneur·se·s de gamètes au phénotype proche des parent·e·s d'intention.

§2. La sélection du ou des embryons à implanter est laissée au libre choix des parent·e·s d'intention.

§3. Les médecins ne peuvent donner que des informations portant sur le développement de l'embryon ainsi que sur le risque d'handicap et/ou de maladie.

B. LE DON DE GAMÈTES

Art. 12. Le don de gamètes est légalement reconnu en Péjigonie et est rémunéré.

Art. 13. La rémunération est de 0,1 fois le revenu d'intégration sociale pour le don de gamètes mâles et de 0,5 fois le revenu d'intégration sociale pour le don de gamètes femelles.

Art. 14. La rémunération de base d'un don de gamètes dont le type de phénotype est en pénurie est augmentée de 50%.

C. LA RECONNAISSANCE DE L'ENFANT

Art. 15. L'enfant conçu au moyen de la GPA est reconnu par ses parent·e·s d'intention dès le début de la procédure.

Art. 16. §1. L'identité du/de la parent·e porteur·se est tenue secrète.

§2. Par exception au §1 du présent article, l'enfant lors de sa majorité peut demander à l'ONE de connaître l'identité de son/sa parent·e porteur·se. L'ONE n'accède à la demande qu'avec accord du/de la parent·e porteur·se.

D. LA PROFESSION DE PARENT·E PORTEUR·SE

Art. 17. §1 Le métier de parent·e porteur·se est une profession reconnue.

§2. L'exercice de la profession de parent·e porteur·se n'engendre en aucun cas la suppression ou la suspension d'un revenu professionnel ou d'une allocation sociale.

Art. 18. §1. Les personnes souhaitant exercer la profession de parent·e porteur·se sont tenues de s'inscrire dans la base de données des candidat·e·s parent·e·s porteur·se·s gérée par l'ONE.

§2. Les conditions d'inscription sont les suivantes :

- Être porteur·se d'un utérus ;
- Avoir 21 ans ;
- Accepter de se soumettre annuellement à un examen médical et psychologique complet ;
- Suivre une formation sur la profession de parent·e porteur·se et réussir l'examen évaluant les compétences censées être acquises suite à la formation.

§3. Les personnes ayant un profil médical et psychologique optimal seront sélectionnées en priorité pour être parent·e·s porteur·se·s.

§4. Le/la parent·e porteur·se ne peut effectuer plus de 5 GPA.

§5. En cas de complications lors d'une précédente GPA, le corps médical évalue si le/la parent·e porteur·se peut refaire une GPA.

§6. Les personnes exerçant le métier de parent·e porteur·se sans être inscrites dans la base de données des candidat·e·s parent·e porteur·se sont passibles d'une amende de 5000€ ainsi que d'une peine de maximum 9 mois d'emprisonnement.

E. LE CONTRAT DE PARENT·E PORTEUR·SE

Art. 19. §1. Le/la parent·e porteur·se est soumis·e à un contrat de travail lorsqu'il/elle s'engage dans le processus de GPA. Ce contrat dure de la date de l'engagement dans le processus jusqu'au jour de l'accouchement. Il est conclu entre le/la parent·e porteur·se et l'ONE. Un contrat est également conclu entre le/la parent·e d'intention et l'ONE.

§2. Si le/la parent·e porteur·se met fin au contrat après moins de quatre essais d'insémination non concluants, il/elle s'engage à verser le montant visé à l'art. 20 §1.

Art. 20. §1. Un montant forfaitaire égal à 1 fois le Revenu d'intégration sociale est versé dès la première insémination d'embryon(s).

§2. En cas de réussite de l'insémination d'embryon(s), un montant forfaitaire égal au revenu d'intégration multiplié par 9 est versé par tranche mensuelle au/à la parent·e porteur·euse.

§3. Les parent·e·s d'intention versent les montants visés aux paragraphes 1 et 2 à l'ONE, qui les reverse aux parent·e·s porteur·euse·s. Un étalement de paiement est possible sous conditions.

Art. 21. §1. Les frais liés à la GPA sont pris en charge par la mutuelle des parent·e·s d'intention.

§2. Ces frais incluent notamment :

- Les frais médicaux liés à l'insémination du/de la parent·e porteur·se ;
- Le suivi médical du/de la parent·e porteur·se avant, pendant et après la grossesse.

Art. 22. §1. Durant la grossesse, l'état de santé des parent·e·s porteur·se·s est évalué à la fréquence définie par le corps médical.

§2. Par exception au §1 du présent article, le/la parent·e porteur·se se soumet à tous les tests médicaux supplémentaires demandés par les parent·e·s d'intention.

F. LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

Art. 23. Sont considérés comme comportements à risques :

- Les comportements qui mettraient la vie de l'enfant à naître en danger ;
- Les comportements qui pourraient provoquer des difficultés de développement moteur et/ou cognitif pendant et/ou après la grossesse.

Art. 24. §1. En cas d'adoption d'un comportement à risque tel que défini à l'article 23, les parent·e·s d'intention ont la possibilité d'annuler la reconnaissance de l'enfant.

§2. En cas d'annulation de la reconnaissance de l'enfant par les parent·e·s d'intention, le/la parent·e porteur·se restitue la somme perçue à l'ONE qui la reverse aux parent·e·s d'intention et l'enfant porte le nom du/de la parent·e porteur·se jusqu'à une éventuelle adoption.

Art. 25. En cas de fausse couche due à un comportement à risque du/de la parent·e porteur·se , celui-ci/celle-ci restitue la somme perçue à l'ONE qui la reverse aux parent·e·s d'intention .

Art. 26. §1. En cas de maladie ou handicap diagnostiqué au fœtus, les parent·e·s d'intention ont le droit de demander l'avortement.

§2. En cas de refus de l'avortement par le/la parent·e porteur·se, celui-ci/celle-ci restitue la somme perçue à l'ONE qui la reverse aux parent·e·s d'intention. Il/elle est légalement reconnu·e comme le/la père/mère de l'enfant ou le soumet à l'adoption. L'enfant donné en adoption à sa naissance est prioritairement attribué à un·e ou des parent·e·s désireux·se·s de recourir à la GPA.

Art. 27. §1. En cas de danger pour la santé du/de la parent·e porteur·se durant la grossesse, les décisions médicales sont prises en concertation avec les parent·e·s d'intention

§2. En cas de désaccord, l'équipe médicale est souveraine dans la prise de décision.

CHAPITRE 3 – L'ADOPTION

Art. 28. §1. Les parent·e·s ayant recours à l'adoption ne sont pas soumis·es à des enquêtes sociales et/ou à des parcours pré-adoption, mais ont l'obligation de fournir une copie de leur casier judiciaire.

§2. Par dérogation au §1, tout individu s'étant rendu coupable d'actes de violence doit se soumettre à trois entretiens psychologiques. Ces entretiens déterminent son droit à adopter ou non.

Art. 29. §1. Les enfants sont attribués aux parent·e·s leur correspondant le mieux selon le service des adoptions et le tribunal de la famille.

§2. Le service des adoptions et le tribunal de la famille s'assurent que les enfants demeurent en institution le moins longtemps possible.

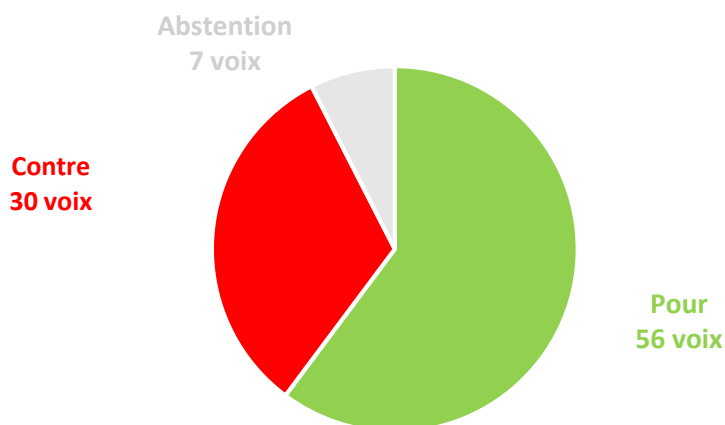
Art. 30. Dès que l'enfant intègre la famille adoptive, son lien de filiation avec les parent·e·s adoptif·ve·s est légalement reconnu.

TITRE III – ENTRÉE EN VIGUEUR

Art. 31. Le présent décret entrera en vigueur le 19 avril 2021.

Résultat du vote

RÉSULTAT DU VOTE 93 VOTANT·E·S



Le décret est adopté.