



Audition de l'Association des Parents et futurs parents Gays et Lesbiens par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques

Lundi 12 janvier 2026 à 14h45

Contribution écrite

Notre évaluation de l'application de la loi de 2021

La révision de la loi de bioéthique en 2021 constitue une avancée majeure pour nos adhérentes. Huit ans après le mariage pour toutes et tous, c'est un soulagement pour les femmes célibataires et en couple lesbien de notre pays.

Néanmoins, cette loi porte plusieurs dispositions rétrogrades que nous continuons de condamner.

1. Réviser les dispositions concernant la filiation pour les couples de femmes ayant recours à une AMP avec tiers donneur

Rappelons que l'objet des techniques reproductives, que ce soit la PMA ou la GPA, est de permettre la réalisation d'un projet parental et donc la naissance d'enfant ; il est par conséquent indispensable que les règles juridiques garantissent à ces enfants une filiation établie et/ou reconnue à l'égard de leurs parents, les co-auteurs du projet parental qui en ont permis l'accomplissement.

Derrière une Reconnaissance Conjointe Anticipée (RCA) qui permet une reconnaissance "ab initio", il y a avant tout **un dispositif dérogatoire du droit commun** qui se révèle d'une contre-intuitivité flagrante : cet acte authentique pré-conceptionnel et onéreux, sans équivalent en Europe, échappe à la compréhension générale, fussent des notaires eux-mêmes. Nous sommes encore régulièrement saisies par des femmes égarées par les conseils erronés de leur notaire ou ayant omis de souscrire cette formalité dans les délais impartis. Celles-ci se trouvent alors contraintes à une adoption plénière de l'enfant de leur conjointe, partenaire ou compagne, laquelle n'aboutit qu'après un délai s'étirant de six à dix-huit mois suivant la naissance, à la condition que le couple existe encore.



C'est pourquoi L'APGL revendique encore que le mode d'établissement de la filiation de l'enfant né de PMA dans un couple de femmes soit, à défaut de réforme de plus grande ampleur du droit de la filiation, ceux applicables à un homme engagé en AMP avec sa compagne, à savoir la présomption de "comaternité" lorsque le couple est marié ou une reconnaissance de co-maternité (gratuite et en mairie dès lors que l'enfant est conçu et sans limite de durée, ni nécessité d'obtenir l'accord de la mère ayant accouché de l'enfant).

Tant que la filiation n'est pas établie,, les enfants ne sont pas protégés. Or, en dehors de la RCA, seul le droit de l'adoption s'applique et il nécessite l'existence d'un couple et du consentement de la mère légale, celle ayant accouché de l'enfant. Depuis l'expiration du dispositif transitoire de "l'adoption forcée" de l'article 9 de la loi n°2022-219 du 21 février 2022 dite loi "Limon", il n'est plus possible de passer outre ces deux conditions : des enfants se retrouvent donc sans second lien de filiation à l'égard de celle qui n'a pas accouché, lorsque la mère biologique refuse son consentement à ladite adoption ou lorsque les femmes se sont séparées, même si le projet parental était conjoint. Ces enfants ont pu naître avant la loi du 2 août 2021 mais également après, en l'absence de RCA ou dans le cas d'acte inefficace.

L'APGL attend de la prochaine loi de bioéthique qu'elle abroge purement et simplement la RCA, en tant que régime d'exception attentatoire aux droits des enfants. Elle revendique solennellement l'accès au droit commun pour les couples de femmes, sous la forme d'une présomption de comaternité ou d'une reconnaissance, calquée sur les règles d'établissement de la filiation applicables au père (y compris infertile et ayant eu recours à une AMP avec tiers donneur).

2. Reconnaître la filiation des enfants nés, à l'étranger, de GPA

L'article 47 du code civil modifié par la loi de bioéthique de 2021 empêche dorénavant la reconnaissance immédiate de la filiation des enfants nés de gestation pour autrui à l'étranger.

À l'occasion des procédures d'exequatur destinées à conférer force exécutoire aux jugements étrangers établissant la filiation d'un enfant issu d'une gestation pour autrui (GPA), les juges français sont tenus, depuis les arrêts de la Cour de cassation prononcés le 2 octobre et 14 novembre 2024, de contrôler les conditions d'exécution des GPA réalisées à l'étranger. Ils vérifient notamment le consentement libre et éclairé de la femme qui a porté l'enfant, quant au parcours engagé et à ses effets juridiques. Par cette vérification, ils tiennent compte des conventions de GPA sous-jacentes.

Pourquoi la France ne pourrait-elle pas aujourd'hui réfléchir aux conditions de réalisation d'une GPA si les juges contrôlent les GPA réalisées à l'étranger ? Il convient, en tout état de cause, de reconnaître la filiation des enfants nés par GPA à l'étranger, sans qu'il soit nécessaire d'engager une procédure judiciaire d'exequatur ou d'adoption par l'autre membre du couple.



3. L'application de la loi de bioéthique reste largement améliorable

L'efficacité de la mise en œuvre de la loi de bioéthique est aujourd'hui très inégale sur le territoire. Quatre ans après la loi, nous ne comprenons pas pourquoi certains centres ont réussi à résorber les délais d'attente, alors que d'autres semblent ne pas avoir progressé. Nos demandes de statistiques par centre, d'audits et d'explications lors des comités de suivi n'ont obtenu que des réponses très générales et insatisfaisantes.

a. Des portes d'accès aux soins illisibles et disparates sur le territoire

Tous les comités de suivi de la mise en place de la loi commencent par un graphique qui témoigne de l'augmentation persistante des délais de prise en charge. Nous, associations, avons posé les questions sur l'élargissement des portes d'accès aux soins, mais n'avons obtenu aucune réponse concrète ni d'explication claire pour renseigner les patientes.

Nous déplorons vivement l'illisibilité des conditions d'accès aux soins. D'une région à l'autre, d'un centre de don de gamètes à l'autre, les modalités d'accès au don de gamètes diffèrent de manière radicale. Bien que **la loi n'interdit nullement la distribution** de ces paillettes depuis un centre de don **vers l'ensemble des centres agréés** pour les inséminations ou les fécondations in vitro, et même vers des gynécologues libéraux, cette pratique n'est mise en œuvre que par certains établissements, n'est recensée nulle part au niveau national par l'Agence de la biomédecine et demeure entravée par l'absence d'autorité susceptible de faire progresser cette question cruciale à l'efficacité du système public de santé.

Pourquoi une femme résidant en Île-de-France doit-elle se voir contrainte de transporter personnellement une bonbonne d'azote liquide depuis le centre de don de gamètes jusqu'au centre d'assistance médicale à la procréation ? Pourquoi une femme des Pays de la Loire peut-elle, en revanche, obtenir gratuitement des paillettes de sperme en vue d'une insémination au sein d'un établissement privé ? Pourquoi une femme d'Occitanie est-elle limitée à une prise en charge uniquement à Toulouse ou Montpellier, soit au sein des trois seuls centres de soins rattachés aux trois centres de don, à l'exclusion de tout autre établissement agréé de la région ? Enfin, pourquoi les centres de Lille et de Nancy arrivent-ils à mettre au point des collaborations avec des gynécologues libéraux, mais les autres centres n'y arriveraient-ils pas dans les autres régions ?

Ces obstacles subsistent et les associations n'ont pas entendu de volonté de les surmonter. Quel autre frein existerait si ce n'est de changer les habitudes de travail ? **Le silence assourdissant de la fédération des CECOS en témoigne éloquentement.**

b. Dénoncer la possibilité de limiter le nombre de tentatives après une liste d'attente déjà longue



Nous déplorons aussi que dans le Guide des bonnes pratiques, il soit prévu qu'en cas de pénurie de dons, le centre puisse décider de restreindre le nombre de tentatives pour tous les patients.

Cette phrase porte atteinte à la qualité des soins sans aucun garde-fou. Sur le terrain nous avons entendu un centre dire, entre deux tentatives, que cela s'appliquait aux femmes de plus de 40 ans (justement celles qui ont statistiquement besoin de plus de tentatives pour obtenir une grossesse). Ce point n'est pas contrôlé par l'Agence de la Biomédecine.

La prochaine révision de la loi devra justement garantir l'inverse : la pénurie de don ne doit jamais engendrer une prise en charge au rabais. Les délais doivent rester l'unique variable, donnée que l'Agence de la Biomédecine s'efforce de mesurer correctement.

c. Respecter tous les projets parentaux autorisés par la loi

Nous déplorons aussi des pratiques non respectueuses du cadre légal (refus de prise en charge dans les conditions d'âge, refus d'autoconservation des ovocytes par exemple). Les publics qui nous remontent le plus de difficultés sont les femmes non mariées, les femmes de plus de 39 ans, les femmes seules de moins de 29 ans, les femmes en surpoids, les personnes non binaires.

Le personnel médical semble avoir des difficultés à accepter que ces personnes accèdent à la parentalité bien que la loi les y autorise. Le rendez-vous d'accompagnement psychologique est une étape rendue obligatoire par la grande majorité des centres (bien que non imposé légalement) et il est redouté par les patientes.

d. L'impossibilité de porter recours aujourd'hui

Il nous arrive de recommander d'engager des recours et de proposer notre accompagnement, mais les moyens de le faire sont inopérants : les femmes n'osent pas car elles craignent de ne pas pouvoir mener leur projet de famille à bien si elles dénoncent les conditions de prise en charge.

Lorsqu'elles osent, les instances de médiation des centres hospitaliers ne sont pas à l'écoute et ne sont pas au fait des droits des personnes en matière d'AMP.

Finalement, nos adhérentes sont encore nombreuses à partir à l'étranger ou à recourir à d'autres moyens de tomber enceintes.

Il est important de noter que les retours négatifs que nous recevons ne concernent que les parcours en France, jamais les prises en charge en Belgique, Espagne, Danemark et autres pays. Cela nous questionne beaucoup sur le chemin qui reste à parcourir.



4. Les évolutions nécessaires à la prochaine loi de bioéthique

a. Autoriser la FIV ROPA

La FIV ROPA doit être autorisée, y compris en première intention si c'est le choix des futures mères, et cela pour plusieurs motivations déjà prévues par la loi : elle permet de limiter le recours au don d'ovocytes, elle permet d'utiliser des embryons surnuméraires appartenant au couple.

La réception des ovocytes de la ou du partenaire (ROPA) est une pratique qui ne concerne que les couples lesbiens et formés par des hommes trans. Cette technique n'a pas été explicitement interdite par la dernière loi de bioéthique – et elle n'a pas été jugée pour autant autorisée par le Conseil d'État car elle a été considérée comme une forme de don dirigé, interdit en droit français qui maintient l'anonymat entre donneur et receveur.

Cette vision du projet parental est très choquante : lorsqu'un homme hétérosexuel fournit ses spermatozoïdes pour concevoir un enfant avec sa compagne, il ne s'agit pas d'un don. Pourquoi penser que, lorsqu'une femme ou un homme trans fournit les ovocytes qui serviront à concevoir son propre enfant, elle ou il ferait un don à sa compagne ?

De plus, l'absence d'autorisation de la ROPA est contraire aux principes du droit médical qui privilégie d'abord l'usage des ressources du couple avant de se tourner vers le don de gamètes. Or, certains couples doivent recourir à une donneuse d'ovocytes plutôt que d'utiliser les ovocytes de la femme co-autrice du projet parental, celle qui ne sera pas enceinte. Dans ce cas-là, la FIV ROPA permet d'assurer une affiliation génétique entre l'enfant et une des personnes du couple, en évitant qu'il soit issu d'un double don de gamètes alors que ce n'est pas nécessaire.

De surcroît, lorsqu'il reste des embryons d'une première AMP, la seconde femme ne peut pas les utiliser pour porter à son tour un enfant. De nouveaux embryons devront être conçus à partir de ses ovocytes, ce qui pose le problème de la destination des embryons qui restent de la première procédure de FIV. Un couple de femmes doit pouvoir disposer de ses embryons surnuméraires congelés comme elles le souhaitent. Si ces embryons ont été conçus avec les ovocytes d'une femme du couple, ils doivent pouvoir être transférés chez l'autre si elle souhaite mener la grossesse.

b. Autoriser le don dirigé

Maintenant que l'accès aux origines est possible, on devrait s'interroger sur la pertinence du don dirigé qui sauvegarde l'intérêt de l'enfant à la connaissance de ses origines, favorise le don de spermatozoïdes, évite le recours à des inséminations artisanales et correspond à un projet parental particulier. Il réduit également les délais d'attente et favorise l'altruisme.



c. Intégrer l'accès à l'AMP sans restriction pour les hommes trans en capacité de porter un enfant

La loi doit évoluer pour tenir compte des capacités reproductives des personnes et non de leur seul état civil.

Au sein d'un couple formé d'un homme trans et d'une femme, l'homme doit pouvoir mener la grossesse. De même, un homme trans en couple avec un homme devrait pouvoir accéder à la PMA, tout comme un homme trans seul.

Aujourd'hui, la situation est ubuesque car, dès lors qu'il change de mention de sexe à l'état civil, un homme trans ne peut accéder à l'AMP que s'il est en couple avec une femme cis et que si celle-ci mène la grossesse. Autrement dit, c'est seulement s'il accepte de subir des discriminations liées à l'absence de changement de sa mention de sexe à l'état civil, qu'il pourra – en tant que femme à l'état civil – porter un enfant.

Un homme trans peut aujourd'hui conserver ses ovocytes en France, pour des raisons médicales ou sociétales, mais ne peut pas les utiliser.

Cela place les hommes trans dans un dilemme insoluble et fortement attentatoire à leurs droits fondamentaux : ils doivent choisir entre ne pas pouvoir accéder pleinement à leur identité sexuelle afin d'avoir un enfant, ou, au contraire, devoir renoncer à la parentalité pour vivre pleinement sous leur nouvelle identité sexuelle.

La prochaine loi de bioéthique se devra d'assurer aux personnes trans une intégration pleinement équitable.

Nous savons ce sujet clivant dans le débat public. Néanmoins il ne s'agit pas de faire une dérogation ou des dispositions spécifiques : il suffit d'élargir l'accès en choisissant des termes respectueux des capacités reproductives des personnes et non de se limiter à l'état civil. La loi ne peut pas faire l'économie du respect des droits fondamentaux de nos concitoyens et concitoyennes trans à fonder une famille aujourd'hui en France.

d. l'accès à l'AMP pour toutes les femmes seules, y compris celles mariées

L'accès à l'AMP en projet solo n'est possible qu'aux femmes "non mariées" (célibataires, pacsées ou en concubinage). Une telle restriction a été justifiée par l'existence d'une présomption de paternité – qui ne concerne donc que les femmes mariées à un homme. Il s'agit d'une part d'une restriction dans la liberté matrimoniale des femmes qui peuvent vouloir accéder à l'AMP seule sans divorcer.

Il s'agit d'autre part d'une restriction dans l'accès à la parentalité des femmes mariées qui n'existe pas en droit de l'adoption : une personne mariée peut adopter en tant que personne célibataire à condition d'avoir l'accord de son conjoint ou de sa conjointe. Un tel système pourrait être mis en place, soit avec un consentement, soit avec une information du conjoint – qui pourra dès lors ne pas laisser la présomption de paternité s'appliquer et



veiller à ce que son nom n'apparaisse pas en tant que père dans l'acte de naissance de l'enfant.

Si on considérait que l'accès à l'assistance médicale à la procréation pour les femmes mariées s'inscrit nécessairement dans un cadre conjugal, nécessitant la participation conjointe du couple, on devrait néanmoins permettre aux femmes en procédure de divorce d'accéder à l'AMP. En effet, certaines procédures de divorce peuvent prendre plusieurs années, interdisant de facto des femmes de se réinvestir dans un autre projet parental en tant que célibataire par le simple fait d'être en procédure de divorce.

Il nous paraît indispensable de **revoir la dénomination de “femme non mariée”** afin d'autoriser l'accès à l'AMP a minima après l'ouverture d'une procédure de divorce et pourquoi pas même mariée, avec l'accord de la conjointe ou du conjoint.

e. DPI-A, PMA post-mortem

Enfin, il nous paraît aujourd'hui temps de progresser sur des sujets qui n'avaient pas pu être débattus convenablement lors de la précédente révision :

- Le dépistage pré-implantatoire des aneuploïdies (DPI-A) dans l'unique but de réduire le risque de fausse couche,
- La PMA post-mortem : il nous paraît aberrant que la loi autorise aujourd'hui des femmes veuves à recourir à une AMP avec don de gamètes alors que des paillettes ou des embryons de leur précédent projet parental sont conservés.

En conclusion, l'APGL souhaite vivement qu'une prochaine loi de bioéthique tienne compte des réalités des parents et futurs parents LGBT+. Faisons-leur confiance et proposons un cadre légal et médical sécurisant et équitable pour toutes et tous.



Contribution écrite

Réponses aux questions

1. Estimez-vous que toutes les personnes accédant à l'AMP (couples hétérosexuels, couples de femmes et femmes célibataires) sont traitées équitablement ? Ou bien recevez-vous des témoignages de situations de discrimination ?

Ces 4 dernières années, nous avons reçu des témoignages inquiétants. En voici une sélection :

- Un centre retarde le rendez-vous après avoir compris que la personne qui appelait était en couple de femmes et non en couple hétérosexuel ;
- Une psychologue déstabilise des candidates pour qu'elles décident d'aller à l'étranger ;
- Une psychologue s'est permise d'appeler la psychologue habituelle de la patiente sans son accord pour croiser les informations ;
- Un centre annonce restreindre le nombre de tentatives pour les femmes seules de plus de 40 ans, puis qui change de version lorsque l'adhérente dit s'être renseignée ;
- Un refus d'auto conservation des ovocytes au motif que la personne n'est pas prête aujourd'hui à assumer une PMA. Cet abus n'a pas fait réagir l'Agence de la Biomédecine ni la commission de relation avec les usagers. L'adhérente est partie en Espagne et a obtenu le remboursement forfaitaire prévu par la loi. Elle a perdu 15 mois de rendez-vous pénibles et jugeants. Le parcours en Espagne a été réalisé en 3 mois.

2. Pensez-vous qu'un travail d'harmonisation des pratiques entre les centres soit nécessaire pour la prise en charge des couples de femmes et des femmes célibataires ?

La première absolue nécessité est **d'imposer aux centres de don à travailler avec tous les professionnels de leur territoire et non uniquement leur centre de rattachement.**

Cette information doit aussi être publique afin que les patientes s'adressent au plus proche de chez elles. C'est un frein énorme quand on pense que les femmes de Nouvelle



Aquitaine et d'Occitanie ne sont prises en charge que dans 3 ou 4 villes sur un territoire aussi grand. Nous attendons des instances nationales de pilotage de l'activité qu'elles s'en préoccupent.

Les pratiques doivent être harmonisées notamment pour le rendez-vous avec le ou la psychologue. De nombreux centres le rendent obligatoire et le dédoublent pour les femmes non mariées. Le centre de Nantes le propose comme un accompagnement facultatif (ce qui est la loi aujourd'hui) et les patientes choisissent d'y aller. La perception n'a rien à voir.

De plus, nous nous questionnons sur le nombre de rendez-vous en présentiel et l'obligation de faire tous les actes, prises de sang... dans le centre. Pour de nombreuses françaises habitant à plus de 50 km du centre c'est finalement plus simple de faire une PMA à l'étranger, car on ne va dans le centre qu'une fois et on fait le reste des rendez-vous en visio, au laboratoire de son quartier et chez son ou sa gynéco.

Concernant la préparation des paillettes nous avons compris que chaque centre a une stratégie différente : certains ne font que des ICSI et préparent les paillettes pour cela, d'autres font un mix. Nous avons été surprises qu'il n'y ait pas de consensus scientifique sur la meilleure solution en matière de coût ou de gestion de stock de dons.

3. Recevez-vous des témoignages de personnes choisissant d'effectuer leur AMP à l'étranger, par exemple à cause des délais d'attente pour accéder à une AMP avec don de gamètes ?

Parmi nos adhérentes, nous recensons entre 20 et 25% qui s'intéressent aux parcours hors PMA France. Vous citez les délais, c'est un motif courant, mais ce n'est pas l'unique raison.

Nous recevons des témoignages de femmes qui voudraient être prises en charge en France mais les professionnels les découragent et les poussent à aller à l'étranger, à cause des délais, à cause de leur âge, parce que les résultats médicaux ne sont pas nickels. Les femmes seules qui avancent en âge sont souvent dans cette situation.

J'ai en tête ces adhérentes que la gynécologue a refusé de prendre en charge en France et orientées en Espagne car elles avaient toutes les deux 39 ans. La grossesse a démarré à la première tentative. En Espagne, donc. Après avoir perdu 1 an de rendez-vous en France et fait face à une gynécologue qui a aussi refusé de leur rédiger le certificat médical pour la demande d'entente préalable.

Je reçois aussi des témoignages de personnes pour qui l'accès aux origines ne répond pas à leur projet, et donc choisissent des chemins de traverse comme une procréation amicalement assistée ou l'importation illicite de paillettes. Parmi les motivations :



- Elles souhaitent pouvoir délivrer les informations sur le donneur à leur enfant elles-mêmes et sans attendre 18 ans ;Elles souhaitent un donneur connu, pour que l'enfant puisse le rencontrer voire le connaître depuis toujours ;
- Elles souhaitent des informations sur les antécédents médicaux ;
- Elles souhaitent une fratrie avec le même donneur ;
- La diversité des origines peut aussi motiver à aller a l'étranger, recourir à une banque de sperme ou un ami.

C'est tellement dommage que ces parcours ne puissent pas être légalement accompagnés et reconnus en France.

4. Il a été rapporté que les communautés LGBT étaient particulièrement sensibilisées et impliquées dans le don de gamètes. Confirmez-vous cette observation ?

Nous constatons que les personnes LGBT n'ont pas de tabou à parler du don de gamètes contrairement aux personnes hétérosexuelles de nos entourages.

Nous constatons aussi que des couples d'hommes en parcours d'adoption ou de gestation pour autrui sont nombreux à songer donner leur spermatozoïdes.

Nous avons suggéré à l'Agence de la Biomédecine de participer à Solidays et aux marches des Fiertés, et nous sommes contentes que cette action ait pu être menée en 2025.

5. Avez-vous des suggestions pour améliorer l'organisation du don de gamètes en France ?

Le premier effort à mettre en place est de prêter un soin particulier aux demandes de contact des donneuses et donneurs. Nous avons reçu plusieurs témoignages de personnes qui ont été rappelées 2 ou 3 mois après ou ont dû appeler plusieurs fois avant qu'on leur propose un rendez-vous.

La seconde est de permettre les prélèvements dans un laboratoire ou un bloc opératoire le plus proche du domicile, pas celui proche du centre de don. Quand une adhérente habitant à Bagnères de Bigorre doit aller à Toulouse alors qu'à Pau il est possible de réaliser une ponction, c'est dommage.

La troisième suggestion, c'est de mettre en place la publication des statistiques par centre a minima une fois par an. Aujourd'hui l'opacité bénéficie aux centres à la traîne, certains ont les mêmes difficultés depuis plusieurs années par manque de moyens attribués.



6. Pouvez-vous expliquer les spécificités du parcours d'AMP pour les personnes trans ?

L'APGL défend le droit des hommes trans à porter un enfant, accoucher en tant que père et recourir à l'AMP avec don de gamètes quel que soit leur état civil et leur situation de couple ou non.

Un homme trans célibataire doit pouvoir accéder à l'AMP avec don de gamètes, donc obtenir un don de spermatozoïdes et porter son enfant.

Un homme trans en couple avec une femme doit pouvoir accéder à l'AMP et à la grossesse si c'est le projet du couple, et donc porter l'enfant même si sa compagne serait théoriquement en capacité de le faire.

Un homme trans en couple avec un homme doit pouvoir accéder à l'AMP si un don de gamètes s'impose pour l'un d'eux (un don d'ovocytes si l'homme trans ne peut pas les fournir, un don de spermatozoïdes si son conjoint ne peut les fournir, voire les 2).

Evidemment, nous souhaitons vivement que les hommes trans puissent accoucher et être reconnus pères de leur enfant dès la naissance.

La loi doit évoluer pour tenir compte des capacités reproductives des personnes et non de leur seul état civil.

7. Avez-vous des suggestions d'évolutions pour la prochaine loi de bioéthique ?

Nos principales suggestions d'évolution sont les suivantes :

- Supprimer la RCA : autoriser l'accès au droit commun en matière de filiation pour les femmes lesbiennes ;
- Autoriser l'accès aux techniques d'AMP autorisées selon ses capacités reproductives (et non son état civil) ;
- Imposer aux centres de don de livrer les gamètes dans tous les centres agréés pour inséminations et FIV et les gynécologues de ville afin de multiplier les possibilités pour les parcours avec don ;
- Autoriser la FIV ROPA ;
- Autoriser le don dirigé ;
- Interdire la réduction du nombre de tentatives en raison d'une pénurie de gamètes ;
- Réfléchir au cadre légal et médical pour autoriser le DPI-A dans l'unique objectif de réduire le risque de fausse couche ;



- Réfléchir au cadre légal pour autoriser la PMA post mortem dans le respect de la volonté des parents ;
- Autoriser les projets parentaux avec un ami hors cadre médical (supprimer les difficultés d'établissement de la filiation de ces parcours).

L'association des parents et futurs parents gays et lesbiens vous remercie pour votre attention et se tient à votre disposition pour tout complément d'information ou question relative aux familles LGBT+.