

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

#### Arrêté du 22 août 2008 relatif au consentement et à la confirmation du consentement d'un couple ou du membre survivant en cas de décès de l'autre membre du couple à l'accueil de son ou de ses embryons par un couple tiers

NOR : SJSP0820540A

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 2141-4 à L. 2141-7, R. 2141-2 à R. 2141-7 ;

Vu l'avis du directeur général de l'Agence de la biomédecine,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – I. – Le consentement d'un couple ou du membre survivant en cas de décès de l'autre membre du couple à l'accueil de son ou de ses embryons par un couple tiers est exprimé par écrit au moyen du formulaire type figurant en annexe I ou en annexe III du présent arrêté.

II. – La confirmation de ce consentement est exprimée, par écrit, au terme d'un délai de réflexion d'au moins trois mois courant à compter de la date de la signature du document mentionné au I du présent article, au moyen du formulaire type figurant en annexe II ou en annexe IV du présent arrêté.

**Art. 2.** – L'arrêté du 11 avril 2001 relatif au consentement d'un couple ou du membre survivant en cas de décès de l'autre membre du couple à l'accueil de son ou de ses embryons par un couple tiers est abrogé.

**Art. 3.** – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 22 août 2008.

ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

#### ANNEXE I

##### FORMULAIRE TYPE DE CONSENTEMENT D'UN COUPLE À L'ACCUEIL DE SON OU DE SES EMBRYONS PAR UN COUPLE TIERS (1)

Après le ou les entretiens avec l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire du centre d'assistance médicale à la procréation de (*nom et adresse du centre*).....

Nous, soussignés (*noms des deux membres du couple*).

Madame.....

Monsieur .....

Déclarons avoir reçu les informations mentionnées à l'article R. 2141-2 du code de la santé publique sur la procédure d'accueil par un autre couple de notre ou de nos embryons et en particulier :

- les informations relatives aux principes éthiques qui régissent l'accueil d'un embryon :
  - nous ne serons pas en droit de connaître l'identité du (ou des) couple(s) qui accueillera(ont) le (ou les) embryon(s) pour le(s)quel(s) nous avons renoncé à notre projet parental. Le (ou les) couple(s) d'accueil ne sera (ne seront) pas non plus en droit de connaître notre identité ;
  - aucun lien de filiation ne pourra être établi entre l'enfant né de cet accueil et nous-mêmes ;
  - le consentement à l'accueil d'un (ou de plusieurs) embryon(s) ne peut donner lieu à aucun paiement, quellequ'en soit la forme, à notre bénéfice ou au bénéfice d'autrui ;
- les informations relatives aux examens à effectuer et à la conservation des résultats :
  - le praticien nous a confirmé avoir pris connaissance des résultats des examens (par exemple : analyses portant sur le VIH1, VIH2, virus des hépatites) que nous avons effectués à l'occasion de la mise en

- œuvre de l'assistance médicale à la procréation. Il nous a informés de la nécessité éventuelle de réaliser de nouveaux examens et nous les a, le cas échéant, prescrits. Dans certains cas, nous avons compris que les résultats de ces nouveaux examens ne seront pas compatibles avec l'accueil de nos embryons ;
- les données à caractère personnel concernant notre santé ont été recueillies et sont conservées sous une forme rendue anonyme. Seul un médecin pourra, le cas échéant, accéder à ces informations en cas de nécessité thérapeutique pour l'enfant né ou les enfants nés après un accueil d'embryon ;
  - les informations relatives à la confirmation du consentement :
    - nous devons confirmer par écrit le consentement exprimé dans le présent document après un délai de réflexion d'au moins trois mois. Ce délai court à partir de la date de signature du présent document ;
    - si le centre d'assistance médicale à la procréation qui recueille notre consentement n'est pas autorisé à conserver des embryons en vue de leur accueil, notre (ou nos) embryon(s) sera(ont) remis à un centre autorisé qui assurera leur conservation en vue d'accueil. Dans ce cas, nous devons confirmer notre consentement auprès du centre autorisé (2) ;
  - les informations relatives à l'intervention du juge :
    - l'accueil de l'embryon est subordonné à une décision de l'autorité judiciaire. Le juge pourra, s'il l'estime utile, procéder à notre audition ;
  - si le (ou les) embryon(s) pour lequel (ou pour lesquels) nous consentons à l'accueil par le présent document n'a (ou n'ont) pas été accueilli(s) dans un délai de cinq ans à compter de la date de signature dudit document, il sera mis fin à la conservation de cet (ou ces) embryon(s). Si aucun des embryons n'a été accueilli dans ce même délai, les données à caractère personnel anonymisées concernant notre santé et figurant dans le dossier d'accueil d'embryons seront supprimées.

Devant Mme ou M. ...., praticien agréé, nous consentons :

- à l'accueil par un autre couple de notre (ou de nos) embryons, au nombre de, actuellement conservé(s) pour le(s)quel(s) nous avons renoncé à notre projet parental, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accueil de l'embryon (art. L. 2141-4, L. 2141-5, R. 2141-2 à R. 2141-8 du code de la santé publique) ;
- au recueil et à la conservation par le centre d'assistance médicale à la procréation des données à caractère personnel anonymisées concernant notre santé.

Date et signature (*des deux membres du couple*).

(1) Un exemplaire est conservé par le praticien dans le dossier d'accueil d'embryons.

Un exemplaire est remis au couple.

(2) Le cas échéant, nom et adresse du centre autorisé (si différent du centre recueillant le présent consentement).

## ANNEXE II

### FORMULAIRE TYPE DE CONFIRMATION DU CONSENTEMENT D'UN COUPLE À L'ACCUEIL DE SON OU DE SES EMBRYONS PAR UN COUPLE TIERS (1)

Au terme d'un délai de réflexion d'au moins trois mois après notre consentement écrit en date du..... ,

Nous, soussignés (*noms des deux membres du couple*)

Madame.....

Monsieur .....

Déclarons :

Avoir reçu les informations mentionnées à l'article R. 2141-2 du code de la santé publique sur la procédure d'accueil par un autre couple de nos embryons.

Confirmer notre consentement à l'accueil par un autre couple de notre (ou de nos) embryon(s) au nombre de actuellement conservé(s) pour le(s)quel(s) nous avons renoncé à notre projet parental.

Nom et adresse du centre ou du laboratoire autorisé à conserver notre (nos) embryon(s) en vue d'accueil :

Date et signature (*des deux membres du couple*).

(1) Deux exemplaires de ce document sont adressés au président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé le centre d'assistance médicale à la procréation autorisée à conserver les embryons.

Un exemplaire est conservé par le praticien dans le dossier d'accueil d'embryons.

Un exemplaire est remis au couple.

## ANNEXE III

### FORMULAIRE TYPE DE CONSENTEMENT DU MEMBRE SURVIVANT EN CAS DE DÉCÈS DE L'AUTRE MEMBRE DU COUPLE À L'ACCUEIL DE SON OU DE SES EMBRYONS PAR UN COUPLE TIERS (1)

Après le ou les entretiens avec l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire du centre d'assistance médicale à la procréation de (*nom et adresse du centre*).....,

Je, soussigné(e)

Madame.....

ou

Monsieur .....

Déclare avoir reçu les informations mentionnées à l'article R. 2141-2 du code de la santé publique sur la procédure d'accueil par un autre couple (du ou) des embryon(s) issu(s) de mon couple et en particulier :

- les informations relatives aux principes éthiques qui régissent l'accueil d'un embryon :
  - je ne serai pas en droit de connaître l'identité du (ou des) couple(s) qui accueillera(ont) le (ou les) embryon(s) pour le(s)quel(s) j'ai dû renoncer à tout projet parental en raison du décès de mon conjoint. Le (ou les) couple(s) d'accueil ne sera (ne seront) pas non plus en droit de connaître mon identité ;
  - aucun lien de filiation ne pourra être établi entre l'enfant né de cet accueil, mon conjoint décédé ou moi-même ;
  - le consentement à l'accueil d'un embryon ne peut donner lieu à aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, à mon bénéfice ou au bénéfice d'autrui ;
- les informations relatives aux examens à effectuer et à la conservation des résultats :
  - le praticien m'a confirmé avoir pris connaissance des résultats des examens (par exemple : analyses portant sur le VIH1, VIH2, virus des hépatites) que mon conjoint et moi avons effectués à l'occasion de la mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation. Il m'a informé de la nécessité éventuelle de réaliser de nouveaux examens et me les a, le cas échéant, prescrits. Dans certains cas, j'ai compris que les résultats de ces nouveaux examens ne seront pas compatibles avec l'accueil du (ou des) embryon(s) issu(s) de mon couple ;
  - les données à caractère personnel concernant ma santé et celle de mon conjoint décédé ont été recueillies et sont conservées sous une forme rendue anonyme. Seul un médecin pourra, le cas échéant, accéder à ces informations en cas de nécessité thérapeutique pour l'enfant né ou les enfants nés après un accueil d'embryon ;
- les informations relatives à la confirmation du consentement :
  - je devrai confirmer par écrit le consentement exprimé dans le présent document après un délai de réflexion d'au moins trois mois. Ce délai court à partir de la date de signature du présent document ;
  - si le centre d'assistance médicale à la procréation qui recueille mon consentement n'est pas autorisé à conserver des embryons en vue de leur accueil, le (ou les) embryon(s) issu(s) de mon couple sera (ont) remis à un centre autorisé qui assurera leur conservation en vue d'accueil. Dans ce cas, je devrai confirmer mon consentement auprès du centre autorisé (2).
- les informations relatives à l'intervention du juge :
  - l'accueil de l'embryon est subordonné à une décision de l'autorité judiciaire. Le juge pourra, s'il l'estime utile, procéder à mon audition ;
  - si le (ou les) embryon(s) pour le(s)quel(s) je consens à l'accueil par le présent document n'a (ont) pas été accueilli(s) dans un délai de cinq ans à compter de la date de signature dudit document, il sera mis fin à la conservation de cet ou de ces embryons. Si aucun des embryons n'a été accueilli dans ce même délai, les données à caractère personnel anonymisées concernant ma santé et celle de mon conjoint décédé et figurant dans le dossier d'accueil d'embryons seront supprimées.

Devant Mme ou M. ...., praticien agréé, je consens :

- à l'accueil par un autre couple de notre (ou de nos) embryon(s) au nombre de , actuellement conservé(s) pour le(s)quel(s) j'ai dû renoncer à tout projet parental en raison du décès de mon conjoint, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accueil de l'embryon (art. L. 2141-4, L. 2141-5, R. 2141-2 à R. 2141-8 du code de la santé publique) ;
- au recueil et à la conservation par le centre d'assistance médicale à la procréation des données à caractère personnel anonymisées concernant ma santé et celle de mon conjoint décédé.

Date et signature.

(1) Un exemplaire est conservé par le praticien dans le dossier d'accueil d'embryons.

Un exemplaire est remis au conjoint survivant.

(2) Le cas échéant, nom et adresse du centre autorisé (si différent du centre recueillant le présent consentement).

#### A N N E X E I V

##### FORMULAIRE TYPE DE CONFIRMATION DU MEMBRE SURVIVANT EN CAS DE DÉCÈS DE L'AUTRE MEMBRE DU COUPLE À L'ACCUEIL DE SON OU DE SES EMBRYONS PAR UN COUPLE TIERS (1)

Au terme d'un délai de réflexion d'au moins trois mois après mon consentement écrit en date du.....,

Je, soussigné(e)

Madame .....

ou

Monsieur .....

Déclare :

Avoir reçu les informations mentionnées à l'article R. 2141-2 du code de la santé publique sur la procédure d'accueil par un autre couple du (ou des) embryon(s) issu(s) de mon couple.

Confirmer mon consentement à l'accueil par un autre couple de notre ou de nos embryon(s) au nombre de..... actuellement conservé(s) pour le(s)quel(s) j'ai dû renoncer à tout projet parental en raison du décès de mon conjoint.

Nom et adresse du centre ou du laboratoire autorisé à conserver le (les) embryon(s) en vue d'accueil : ....

Date et signature.

---

(1) Deux exemplaires de ce document sont adressés au président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé le centre d'assistance médicale à la procréation autorisé à conserver les embryons en vue de leur accueil.

Un exemplaire est conservé par le praticien dans le dossier d'accueil d'embryons.

Un exemplaire est remis au conjoint survivant.