

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Situation des professionnels de santé vis à vis de la
Gestation Pour Autrui

Mémoire présenté et soutenu par :

Amélie GUILLOUX

Née le 28 Février 1990

Directeur de mémoire : Docteur Miguel JEAN

Promotion 2008-2013

Remerciements

* A Mr le Docteur Miguel Jean, chef du service d'Assistance Médicale à la Procréation du CHU de Nantes, directeur de ce mémoire, pour son investissement, ses encouragements, et ses conseils éclairés.

* A Mme Catherine Ferrand, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Nantes, pour sa disponibilité, ses suggestions, ses corrections, et pour m'avoir aidé à élargir ma vision sur le sujet de la gestation pour autrui.

* A Mr le Docteur Bernard Branger, pour ses conseils, sa patience et sa pédagogie dans le domaine des statistiques.

* A tous les professionnels de santé ayant pris le temps de répondre au questionnaire.

* A Mme Isabelle Derrenderinger, directrice de l'école de sages-femmes de Nantes, ainsi qu'aux sages-femmes enseignantes, pour leur disponibilité, leur pédagogie et leurs encouragements durant ces quatre années.

* A mes amis de la promotion 2008-2013 de l'école de sages-femmes de Nantes, pour leur soutien, leur bonne humeur et leur amitié, qui auront été nécessaires à la réussite de mes études.

Table des matières

Introduction	1
Généralités.....	2
I- Pourquoi une gestation pour autrui ?	2
1- Définition de la GPA et de ses acteurs	2
2- L'infertilité d'origine utérine.....	3
3- Le désir d'enfant.....	3
II- Historique	4
1- Evolution des pratiques	4
2- la GPA dans l'Histoire.....	4
III- Evolution juridique en France	5
1- Les débuts.....	5
2- Lois bioéthiques.....	5
3- Proposition de loi du Sénat.....	6
IV- Lien mère-enfant.....	7
1- Une grossesse sans lien mère-enfant	7
2- Un lien mère-enfant sans grossesse	7
V- Famille et filiation	8
1- Quelle(s) filiation(s) pour l'enfant ?.....	8
2- L'état civil français après une GPA à l'étranger	8
VI- La GPA à l'étranger	9
1- Les pays ayant autorisé la GPA.....	9
2- Les pays ayant interdit la GPA.....	10
3- Les pays n'ayant pas légiféré autour de la GPA.....	10
VII- Spécificités de prise en charge.....	10
1- Pendant le processus d'AMP	10
2- Pour le suivi de la grossesse	11
3- A l'accouchement et durant le post-partum.....	12
Étude	13
I- But de l'étude.....	13
II- Réalisation	13
III- Description générale des réponses	13
1- Description de la population des réponses	13

2- Description des réponses	14
IV- Comparaison des réponses selon la profession.....	23
1- Informations personnelles	23
2- Opinion personnelle.....	23
3- Prise en charge pendant la grossesse	24
4- Prise de décision concernant la grossesse	25
5- Prise en charge à la naissance.....	26
6- Etre soi-même gestatrice	28
Discussion	29
I- Limites de l'étude	29
1- Limites liées à la diffusion du questionnaire.....	29
2- Limites liées à la longueur du questionnaire	29
II- Les divergences d'opinion des soignants	29
1- L'autorisation de la GPA.....	29
2- Le choix de la gestatrice	30
3- La place des parents intentionnels dans le suivi.....	31
4- Le lien entre la gestatrice et l'enfant	31
III- Principales interrogations autour de la GPA et propositions de réponses	33
1- Qui pourrait accéder à une GPA ?.....	33
2- Qui pourrait être gestatrice et à quelles conditions ?.....	34
3- Quelle place pour les parents intentionnels dans le suivi de la grossesse et l'accouchement?	36
4- Qui prendrait les décisions liées à la grossesse ?	37
5- Qui bénéficierait des droits afférents à la maternité ?	37
6- Quand et comment établir la filiation ?	38
Conclusion	40
Lexique.....	41
Bibliographie.....	42
I- Références bibliographiques.....	42
II- Sources secondaires.....	44
Annexes.....	46
Annexe 1 : questionnaire	46
Résumé.....	1
Abstract	1

Introduction

L'assistance médicale à la procréation (AMP) est en plein essor depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Au fil du temps, différentes techniques médicales se sont développées afin de permettre aux couples infertiles de procréer : l'insémination artificielle avec sperme du conjoint (IAC), ou d'un donneur (IAD), la stimulation ovarienne par gonadotrophines, la fécondation in-vitro (FIV) avec ou sans don d'ovocytes ou de sperme, le transfert d'embryons congelés, l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)... En France, les naissances faisant suite à une AMP représentent environ 2.5% des naissances [1]. Ces techniques sont de plus en plus poussées, et cherchent à résoudre les différents problèmes d'infertilité des couples, quelle que soit leur cause médicale. Un de ces moyens de procréation assistée pose problème actuellement : la gestation pour autrui (GPA), présentée comme une solution pour les couples dont la femme présente une infertilité d'origine utérine ou pour qui la grossesse est formellement contre-indiquée. Cela a pour risque d'entraîner certaines dérives, dont nous parlerons ultérieurement.

Nous avons choisi ce sujet car si la gestation pour autrui venait à être légalisée en France, cela entraînerait à coup sûr une évolution des pratiques des professionnels de santé amenés à suivre ces grossesses particulières. Cette évolution pourrait avoir lieu à plus ou moins long terme car la loi à ce sujet doit être révisée au plus tard en 2018, et que le gouvernement actuel a promis d'organiser des états généraux sur la famille, en vue de la réforme du code civil, où ce sujet devrait être abordé. De plus, les français semblent plutôt pour la légalisation de la GPA, comme le montrent plusieurs sondages, où plus de 60% des sondés étaient favorables à cette pratique [2 ; 3].

L'objectif de l'étude est de décrire l'opinion des professionnels (sages-femmes, élèves sages-femmes, obstétriciens et internes en gynécologie-obstétrique du CHU de Nantes) et de comparer leurs opinions sur la technique elle-même, la place qu'ils se verraient prendre dans le suivi d'une gestatrice et d'un couple d'intention si cette pratique était légalisée en France, et les particularités éventuelles du suivi de ces grossesses.

Généralités

I- Pourquoi une gestation pour autrui ?

1- Définition de la GPA et de ses acteurs

L'expression « gestation pour autrui » désigne le fait pour une femme de porter un enfant à la demande d'un couple, afin de le leur remettre ensuite. Cette femme peut être désignée par les termes « gestatrice », « mère porteuse » ou encore « mère gestationnelle ». Le couple qui fait la demande peut être désigné par les termes : « parents d'intention », ou « couple d'intention », ou encore « parents sociaux » ; de plus s'il y a un don d'ovocyte ou un don de sperme, cela peut ajouter deux nouveaux acteurs : les « parents génétiques », qui seront alors différents des parents sociaux. Ceci est résumé dans le dessin suivant :

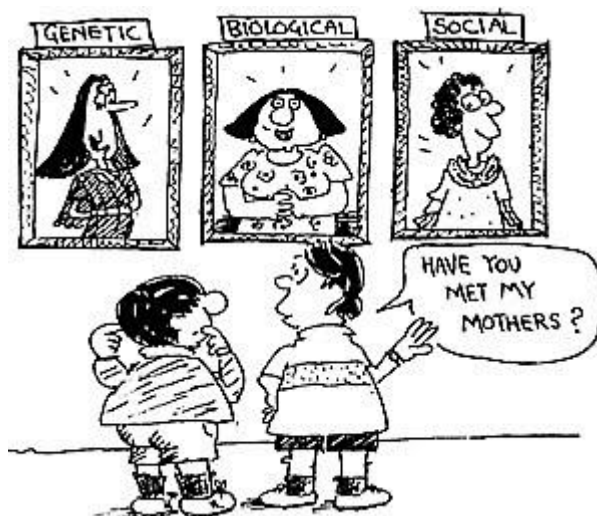


Figure 1 : "Connais-tu mes mamans?"

La maternité de substitution peut être envisagée pour différentes raisons, les principales étant l'infertilité utérine, que nous détaillerons plus loin, ou la contre-indication formelle à la grossesse pour une femme. D'autres profils de demandeurs peuvent apparaître : les femmes qui ont peur de la grossesse et ne veulent pas voir leur corps déformé, ou encore les couples homosexuels masculins. Cependant, il est peu probable, d'après les débats parlementaires et les choix sociétaux, que ces deux derniers

cas de figure puissent accéder à la GPA en France, dans le cas où celle-ci serait légalisée. Dans la suite de l'étude, nous nous intéresserons uniquement aux couples dont la femme présente une infertilité d'origine utérine, une contre-indication formelle à la grossesse ou après échec des autres techniques proposées par l'AMP.

2- L'infertilité d'origine utérine

L'infertilité féminine peut avoir plusieurs origines : hypophysaire, ovarienne, tubaire ou utérine. Les trois premiers cas peuvent être solutionnés par l'AMP en France, mais pas l'infertilité d'origine utérine, ce qui peut être considéré comme une injustice par les couples concernés. L'infertilité utérine peut avoir plusieurs causes : une malformation utérine, constitutionnelle ou due à l'exposition au Distilbène® ; ou une absence d'utérus comme dans le syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser, ou suite à une hystérectomie.

3- Le désir d'enfant

Le désir d'enfant peut être vu comme universel, dans le but de prolonger l'espèce, ou être ressenti comme un besoin de s'acquitter d'une dette transgénérationnelle. Il peut aussi venir de l'inconscient, comme un moyen de repousser la mort en prolongeant la vie. Ce désir d'enfant peut également être un désir de reproduire le schéma parental que l'on a connu, ou de l'améliorer [4]. Dans le cas des femmes touchées par une infertilité utérine, l'incapacité physique de procréer peut entraîner une transformation du désir/projet d'enfant en un désir d'enfant à tout prix, et ces couples peuvent revendiquer leur « droit à l'enfant » pour avoir recours à ce qu'ils voient comme la solution à leur problème : une mère porteuse. Les couples souhaitent souvent avoir des enfants qui leur ressemblent, et partagent donc leur information génétique, c'est pourquoi ils se tournent plus souvent vers l'AMP que vers l'adoption. De plus, l'accès à l'adoption est de plus en plus difficile pour les couples.

II- Historique

1- Evolution des pratiques

De tout temps les couples infertiles ont tenté de remédier à cette situation. L'adoption, qui consiste à reconnaître pour sien un enfant auquel on n'est pas lié génétiquement, était la solution la plus courante. Il existe cependant une solution pour concevoir un enfant auquel au moins l'un des membres du couple est lié génétiquement : avoir recours à une mère porteuse. Autrefois, seul le père pouvait être lié génétiquement à l'enfant, car il était conçu par insémination artificielle ou rapport sexuel avec la mère porteuse ; on parle alors de procréation pour autrui. Cependant, depuis l'apparition des techniques modernes d'AMP, la mère porteuse n'est plus obligatoirement liée à l'enfant : il est conçu par fécondation in-vitro, à partir d'un ovocyte de la mère d'intention ou d'une donneuse, et du sperme du père d'intention ou d'un donneur ; on parle alors de gestation pour autrui.

2- la GPA dans l'Histoire

On trouve deux exemples de maternité de substitution dans la Genèse. Il y a, d'une part, l'histoire d'Abraham et de sa femme Sarah, qui a donné une servante à son mari afin qu'il lui fasse un enfant : ainsi naîtra Ismaël, qui sera plus tard rejeté avec sa mère lorsque Sarah aura elle-même porté un enfant : Isaac [5]. D'autre part, il y a l'histoire de Rachel et sa sœur Léa, qui ont chacune donné une servante à Jacob afin qu'elles portent des enfants de lui [6].

Par ailleurs, dans l'antiquité romaine, l'expression « ventrem locare » était utilisée pour désigner le procédé permettant de solliciter les services d'une femme fertile afin de faire un enfant pour une femme infertile. La procréation pour autrui était alors encouragée pour assurer le renouvellement des générations, menacé par la forte mortalité materno-infantile et l'infertilité [7].

III- Evolution juridique en France

1- Les débuts

En France, avant l'apparition des techniques de FIV, une mère porteuse pouvait accoucher sous X d'un enfant conçu par insémination artificielle, avec le sperme du père intentionnel, celui-ci ayant effectué une reconnaissance anténatale. L'enfant était alors remis au père intentionnel, et son épouse déposait une demande d'adoption devant le juge. Une autre méthode consistait pour la mère porteuse à usurper l'identité de la mère d'intention pendant la grossesse et l'accouchement. Des associations à but non lucratif aidaient les mères porteuses et les couples à entrer en relation et à mener à bien leur projet ; la plus connue étant Alma Mater. La GPA ne bénéficiait alors pas d'encadrement juridique ni d'interdiction.

Le 13 décembre 1989, un arrêt de la cour de cassation prononce la dissolution de l'association Alma Mater [8]. Le 31 mai 1991, la cour de cassation se prononce contre la procréation pour autrui au titre de l'indisponibilité de l'état des personnes et de l'indisponibilité du corps humain, qui rendent les contrats relatifs aux mères porteuses illicites [9]. La cour de cassation exprime également sa volonté d'empêcher l'exploitation des femmes démunies et l'incertitude qui pèse sur les conséquences sanitaires et psychologiques de la procréation pour autrui pour l'enfant à naître et la femme qui l'a porté.

2- Lois bioéthiques

Les lois bioéthiques datent du 29 juillet 1994, et ont été régulièrement révisées depuis.

L'article 16-7 du code civil, ajouté le 29 juillet 1994 dit : « *Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle.* ». A cette même date, l'article 227-12 du code pénal est complété ainsi : « *Est puni des peines prévues au deuxième alinéa le fait de s'entremettre entre une personne ou un couple désireux d'accueillir un enfant et une femme acceptant de porter en elle cet enfant en vue de le leur remettre. Lorsque ces faits ont été commis à titre habituel ou dans un but*

lucratif, les peines sont portées au double. » [10]. Cette même loi du 29 juillet 1994 met en place, entre autres, l'encadrement de l'AMP et du diagnostic prénatal.

Les lois bioéthiques ont été révisées le 6 août 2004 et le 7 juillet 2011, sans modification des articles concernant la gestation pour autrui, malgré la pression des associations et l'opinion générale. Elles doivent être à nouveau révisées dans un délai maximal de sept ans, soit à l'horizon 2018 [11].

3- Proposition de loi du Sénat

Un groupe de travail, créé en janvier 2008 par la commission des affaires sociales et la commission des lois du Sénat, s'est penché sur la question « *de la levée ou du maintien de l'interdiction de la maternité pour autrui* » et sur celle « *du sort à réserver aux enfants nés en violation de la loi française* ». Cette proposition de loi a été déposée le 27 janvier 2010, et il en ressort que la majorité des membres du groupe de travail a préconisé d'autoriser, sous des conditions strictes, la gestation pour autrui [12].

L'article 1^{er} de cette proposition de loi modifie le code de la santé publique afin d'inscrire la gestation pour autrui dans le cadre de l'AMP.

L'article 2 modifie le code de la sécurité sociale afin de définir les droits sociaux respectifs de la gestatrice et du couple bénéficiaire.

L'article 3 modifie le code civil, afin de déterminer les règles relatives à la filiation des enfants nés d'une gestation pour autrui.

L'article 4 modifie le code pénal afin de renforcer l'encadrement de la gestation pour autrui.

L'article 5 comporte des dispositions transitoires permettant l'établissement de la filiation d'un enfant né d'une gestation pour autrui avant l'entrée en vigueur de la réforme proposée. Une nouvelle proposition de loi a été rédigée par le Sénat le 31 juillet 2012, visant à autoriser la transcription à l'état civil français des actes de naissance des enfants nés à l'étranger du fait d'une gestation pour autrui [13].

L'article 6 gage les conséquences financières éventuelles de la réforme proposée sur les finances publiques.

Cette proposition de loi n'a pas été adoptée. Cependant, le sujet sera à nouveau discuté lors de futurs états généraux sur la famille, en vue de la réforme du code civil promise par le gouvernement actuel [14].

IV- Lien mère-enfant

1- Une grossesse sans lien mère-enfant

Une femme portant un enfant peut-elle ne pas s'y attacher ? Cela semble difficile, mais peut-être pas impossible. Le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) dit que « *la gestatrice [serait] prise entre deux écueils, d'une part celui de vivre pleinement sa grossesse avec une probabilité d'attachement à l'enfant et de séparation douloureuse de celui-ci dès l'accouchement et d'autre part celui de devoir se forcer à un détachement dès le début de la grossesse, processus hasardeux dont on ne connaît pas toutes les conséquences sur son psychisme ou celui de l'enfant* » [15]. L'enfant, lui, pourrait ressentir un sentiment d'abandon lors de sa séparation avec la gestatrice, qui peut s'avérer délétère pour son développement psychique. Cependant, les études de S.Golombok [16 ; 17 ; 18], ne révèlent l'existence d'aucun trouble particulier chez les enfants. A l'issue d'une comparaison entre les enfants issus de conception spontanée, de GPA et de don d'ovocyte à un an, la seule différence observée est en faveur d'un investissement plus fort dans la parentalité. Ces résultats ont été confirmés dans les congrès de l'ESHRE (*European Society of Human Reproduction*) [15]. Par ailleurs, l'expérience britannique montre que les gestatrices seraient moins touchées par la dépression du post-partum que les mères ayant porté leur enfant [15].

Un rapport de l'OPECST (Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques) s'interroge sur le retentissement de la GPA sur la famille de la gestatrice : « *ses propres enfants devront intégrer l'idée que l'enfant qu'elle porte n'est pas un frère ni une sœur, qu'il n'a pas été conçu avec leur père et qu'il sera (aban)donné à une autre famille dès la naissance.* » [19]. Les difficultés psychologiques pouvant être rencontrées lors d'une gestation pour autrui ne concernent donc pas que la gestatrice et le futur enfant, son entourage risque également d'y être confronté.

2- Un lien mère-enfant sans grossesse

Un lien mère-enfant peut tout à fait s'établir si la mère ne porte pas l'enfant. Il suffit de se référer aux nombreux exemples que nous fournit l'adoption. On pourra

encourager son apparition précoce en faisant participer la mère intentionnelle aux consultations de grossesse de la gestatrice et aux échographies.

V- Famille et filiation

Selon la loi française, « la mère est celle qui accouche », mais si l'enfant en question est issu des gamètes des deux membres d'un couple de parents d'intention, et n'est donc pas lié génétiquement à la femme qui en a accouché, cette phrase est-elle toujours d'actualité? D'autant plus lorsqu'on sait que cette « mère » ayant accouché n'a pas l'intention d'élever l'enfant.

1- Quelle(s) filiation(s) pour l'enfant ?

Selon que l'enfant aura été conçu ou non à partir de gamètes issues du don, il pourra avoir en tout : deux parents biologiques, deux parents sociaux (le couple d'intention) et une mère porteuse. Ce qui monte à cinq le nombre de filiations envisageables. Il est cependant communément admis que les donneurs de gamètes n'ont pas de droit sur les enfants issus de celles-ci. Il reste donc la triade parents d'intention-gestatrice. On est en droit de s'interroger sur les liens existant entre l'enfant et la femme qui l'a porté. La gestatrice pourrait-elle avoir le choix de garder l'enfant ? Et si oui, de combien de temps disposerait-elle pour exercer ce choix ? Dans le cas contraire, faut-il entretenir une relation entre l'enfant et la mère porteuse? Si oui, quel type de relation ? L'enfant pourrait la considérer comme une marraine, une tante, ou une amie de ses parents. En cas de GPA anonyme, on pourrait laisser l'enfant faire le choix, à sa majorité, de demander des informations au Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP), comme le font les enfants nés d'un accouchement sous X, afin de pouvoir, ou non, entrer en relation avec elle, selon le choix de la gestatrice.

2- L'état civil français après une GPA à l'étranger

Le recours à une GPA dans un pays où cette pratique est légale permet aux couples français de disposer d'actes de naissance étrangers. Or, en vertu des principes de confiance et de réciprocité sur lesquelles se fondent les relations internationales, les

actes de l'état civil étranger régulièrement établis font foi en France. Pour autant, l'acte d'état civil étranger n'a pas de valeur absolue : il ne fait foi que jusqu'à preuve du contraire. En cas de doute, le parquet du tribunal de grande instance de Nantes peut être saisi aux fins de vérification de la filiation de l'enfant, et demander l'annulation de l'acte d'état civil fondée sur la fraude aux règles d'ordre public édictées par la loi française. En France, toute demande de transcription du certificat de naissance d'un bébé né à l'étranger d'un couple français déclenche une enquête du service central de l'état civil, installé à Nantes. S'il nourrit un soupçon, l'officier de l'état civil consulaire demande aux parents français de produire un certificat d'accouchement et, à défaut, il peut demander à la femme de se soumettre à un examen médical. En cas de refus, il les informe de sa décision de surseoir à la transcription des actes de naissance étrangers.

Cependant, le Sénat, dans la proposition de loi du 31 juillet 2012, souhaite ajouter l'article suivant au code civil : « Lorsque l'état civil de l'enfant a été établi par une autorité étrangère en conformité avec une décision de justice faisant suite à un protocole de gestation pour autrui, cet état civil est transcrit dans les registres français sans contestation possible aux conditions que la décision de justice soit conforme aux lois locales applicables, que le consentement libre et éclairé de la femme qui a porté l'enfant soit reconnu par cette décision et que les possibilités de recours contre cette décision soient épuisées. » [13]. Cela permettrait aux mères des enfants nés d'une GPA à l'étranger d'être reconnues comme telles.

VI- La GPA à l'étranger

Il y a plusieurs types de réaction des gouvernements face à la GPA. Certains légifèrent afin d'encadrer cette pratique, d'autres l'interdisent totalement, et d'autres préfèrent fermer les yeux ou n'ont pas encore légiféré [20 ; 21].

1- Les pays ayant autorisé la GPA

Certains pays ont choisi d'élaborer une législation spécifique encadrant la GPA et organisant le transfert de parentalité entre la mère gestationnelle et les parents intentionnels. C'est le cas de L'Afrique du Sud, l'Argentine, l'Australie, le Brésil, le

Canada, la Corée, l'Equateur, certains états des États-Unis, la Géorgie, la Grande-Bretagne, la Grèce, Hong-Kong, l'Inde, l'Iran, Israël, la Roumanie et la Russie.

2- Les pays ayant interdit la GPA

Certains pays ont choisi d'interdire cette pratique comme la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne, la Hongrie, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, le Portugal, la République Tchèque, la Slovénie, la Suède et la Suisse.

3- Les pays n'ayant pas légiféré autour de la GPA

D'autres pays n'ont pas légiféré mais tolèrent l'existence de la GPA sur la base d'accords privés entre gestatrices et parents intentionnels. C'est le cas de la Belgique, le Danemark, la Finlande, la Nouvelle Zélande, les Pays-Bas, le Salvador, la Slovaquie...

VII- Spécificités de prise en charge

Le processus de gestation pour autrui entraînerait un bouleversement de nos pratiques professionnelles, à toutes les étapes de sa mise en œuvre.

1- Pendant le processus d'AMP

Un couple consultant pour infertilité, dont la femme ne possède pas d'utérus, où pour qui une grossesse est formellement contre-indiquée, pourrait alors demander à ce qu'une autre femme porte leur enfant, issu de leurs gamètes. Cela ferait intervenir un tiers extérieur dans le processus d'AMP, et nuirait donc au secret médical, à moins que le principe d'anonymat du don puisse être respecté dans cette situation particulière. Cependant, une grande partie des gestations pour autrui réalisées dans les pays où cette pratique est autorisée est faite au sein du cercle familial ou amical. Le rôle du médecin serait alors de vérifier que la femme se proposant d'être gestatrice pour le couple le fait réellement de son plein gré et non sous la contrainte. Le CCNE dit à ce propos qu' « *il serait ainsi possible, par une procédure similaire à celle qui a été instituée par exemple*

pour le don d'organes intrafamilial entre vivants, de prendre toutes les précautions permettant de s'assurer que le consentement de la gestatrice est réellement libre et éclairé. A cette fin, devraient notamment être vérifiés, le contexte dans lequel le consentement de la femme gestatrice est donné : motivation altruiste non liée à des difficultés financières, absence de pression familiale, amicale ou professionnelle, la conscience de ce que représente une grossesse avec séparation de l'enfant à sa naissance, la connaissance des risques pour sa santé, la prise en compte des conséquences pour sa vie familiale, pour ses enfants, pour son conjoint dont le consentement devrait aussi être demandé, l'examen de tous les incidents pouvant se présenter pendant la grossesse et pouvant aboutir à une éventuelle demande d'interruption de celle-ci » [15]. Le médecin devrait ensuite, avant toute implantation d'embryon, mettre au point les détails du suivi de grossesse et de l'accouchement selon les souhaits de la future gestatrice et du couple intentionnel, en privilégiant ceux de la femme qui portera l'enfant.

2- Pour le suivi de la grossesse

En ce qui concerne le suivi de la grossesse de la gestatrice, il faudra avoir discuté au préalable de la place à laisser aux parents d'intention. En effet, le secret médical protège toutes les patientes, et elles sont à même de décider qui peut avoir connaissance des informations médicales les concernant. Il faudra donc laisser à la gestatrice le choix de faire participer ou non le couple d'intention aux échographies obstétricales, voire aux diverses consultations de suivi de grossesse. Les professionnels de santé accueillant ces femmes devront aussi savoir adapter leur discours à cette situation particulière.

Par ailleurs, il y aura des cas où la prise en charge de cette triade sera encore plus compliquée. On peut imaginer une malformation fœtale grave : les parents intentionnels devraient-ils en être informés ? Qui pourrait demander d'interrompre la grossesse ? En cas de désaccord à ce propos, qui pourrait avoir le dernier mot ? On ne pourrait pas contraindre une femme à subir une interruption médicale de grossesse si elle ne le souhaite pas.

3- A l'accouchement et durant le post-partum

La place laissée aux parents d'intention devrait également être discutée au préalable, et les professionnels de santé devront chercher à nouveau le consentement ou non de la gestatrice au moment de la mise en travail : peuvent-ils assister à l'accouchement ? Doivent-ils attendre que l'enfant soit dans le service d'hospitalisation pour le rencontrer ? Il conviendrait également de demander à la gestatrice si elle souhaite voir l'enfant à sa naissance, le prendre dans ses bras, avoir du temps pour s'en séparer en douceur ou au contraire n'avoir aucun contact avec lui. Il faudrait également réfléchir à l'endroit où l'on hospitalise la gestatrice, soit en maternité avec les autres mères et leurs enfants, soit dans un service sans bébé. Il faudrait aussi déterminer la durée du séjour : peut-on préconiser une sortie très précoce avec HAD (hospitalisation à domicile) ? Par ailleurs, l'enfant devrait-il être hospitalisé avec la gestatrice ou avec ses parents, ou dans un service de néonatalogie, ou sortir rapidement avec ses parents ?

Étude

I- But de l'étude

Le but de l'étude était d'évaluer l'opinion des professionnels de santé du CHU de Nantes à propos de la gestation pour autrui, et de leur demander la façon dont ils se verraient prendre en charge une gestatrice et un couple d'intention dans le cas où cette pratique serait autorisée en France.

II- Réalisation

Afin de réaliser cette étude, nous avons réalisé un questionnaire [*annexe 1*], qui a été diffusé sous deux formes : papier et numérique. La forme papier, réalisée sous Microsoft Word[®], a été mise à disposition dans les différents services de la maternité du CHU de Nantes, du 20 juillet au 15 septembre 2012, à destination des sages-femmes, étudiants sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie-obstétrique. La version numérique, réalisée sous Google Drive[®] (ex Google Documents[®]), a été envoyée par mail le 12 juillet 2012 aux étudiants sages-femmes actuellement en L3, ESF4 et ESF5 ainsi qu'aux sages-femmes diplômées en 2012 de l'école de sages-femmes de Nantes ; et le 23 juillet 2012 aux gynécologues-obstétriciens du CHU de Nantes.

III- Description générale des réponses

1- Description de la population des réponses

Notre questionnaire a reçu en tout 87 réponses, soit 39 par le biais de la version numérique, sur 105 mails envoyés, et 48 par le biais de la version papier, sur 60 questionnaires mis à disposition.

Parmi les professionnels de santé ayant répondu au questionnaire, il y a 37 sages-femmes, 36 étudiants sages-femmes, 7 gynécologues-obstétriciens et 7 internes, dont 6 en gynécologie-obstétrique et 1 en médecine générale.

L'âge moyen de la population étudiée est de 27 ans et 8 mois (27.64 ans), le minimum étant 20 ans, et le maximum 54 ans. On peut compter 7 hommes et 80 femmes.

Sur les 85 personnes ayant répondu à cette question, 23 ont des enfants, soit 27% des répondants. Ce chiffre peut être expliqué par l'âge moyen de la population étudiée, qui est lui-même corrélé à la profession des répondants.

2- Description des réponses

Lorsqu'ils sont interrogés sur leur opinion quant à l'autorisation de la GPA en France, l'opinion des sondés est assez partagée, comme nous le montre la **Figure 2**.

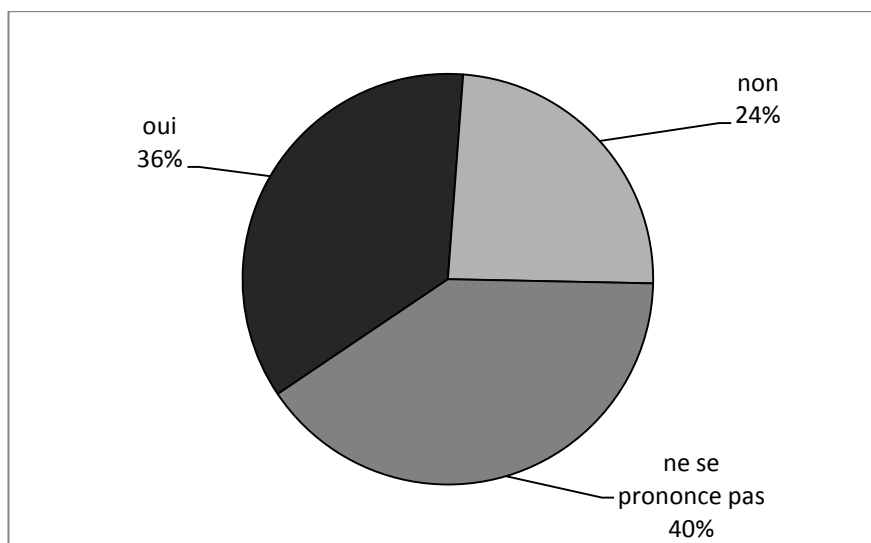


Figure 2 : Autorisation de la GPA en France (n=87)

On peut remarquer sur cette figure que 40% des personnes interrogées ne se prononcent pas sur la question.

Parmi les personnes ayant coché non (24%) et ayant développé leur réponse, beaucoup avancent l'argument que ce serait une commercialisation du corps, que celui-ci n'est pas un objet qu'on loue, et s'inquiètent du risque de dérives, en particulier sur le plan financier. Une personne a répondu que cela reviendrait à « acheter un bébé ». Un autre argument, qui est revenu souvent, est que la séparation serait trop difficile

psychologiquement pour la gestatrice, et pourrait être vécue comme un abandon par le nouveau-né. Quelques personnes ont également parlé du risque de complications pour la gestatrice, et du danger des grossesses répétées.

Parmi les personnes ayant répondu oui (36%) et ayant argumenté, presque toutes précisent que cela nécessiterait un encadrement très strict pour éviter les dérives, et des conditions d'accès bien définies, telles qu'une contre-indication formelle à la grossesse ou une absence d'utérus chez la mère intentionnelle, et qu'aucune autre solution n'existe, à part l'adoption. Par ailleurs certains énoncent le fait que les procédures d'adoption sont trop longues et trop compliquées.

Parmi les personnes interrogées, 2 ont déjà pris en charge une gestatrice, ou reçu une demande de la part d'un couple, mais elles n'ont pas souhaité en dire plus. A la question sur la réponse qu'ils donneraient en cas de demande de GPA de la part d'un couple lors d'une consultation, alors que celle-ci est actuellement interdite, la plupart des personnes ayant répondu (24/38 soit 63%) leur rappellerait que cette pratique est interdite en France. Malgré cela, une grande partie des répondants (11/38 soit 29%) orienterait ce couple vers les pays où cette pratique est autorisée, comme l'Angleterre. Une autre réponse qui serait donnée (10/38 soit 26%) serait d'avoir recours à l'adoption, ou à une autre forme d'AMP si elle est possible.

Comme la montre la **Figure 3**, les professionnels de santé souhaiteraient en majorité connaître le statut de gestatrice de leur patiente.

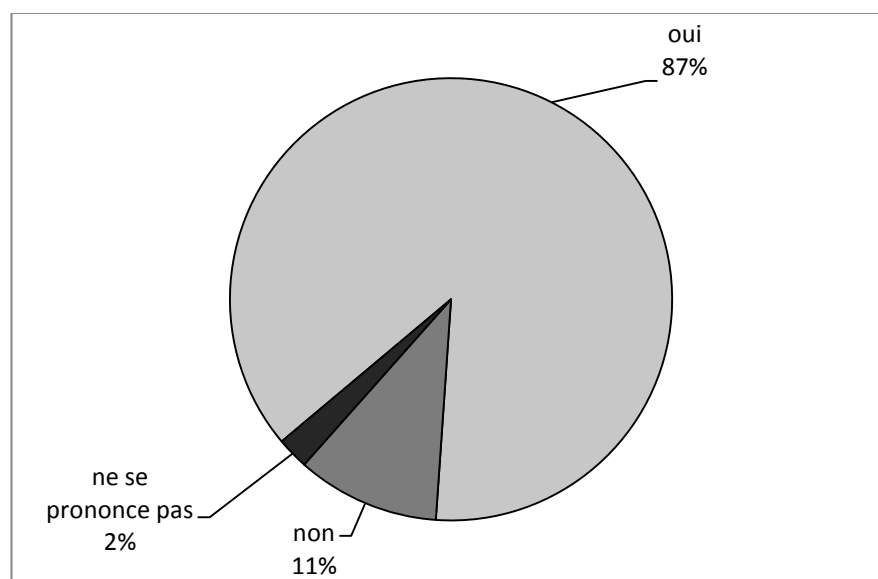


Figure 3 : Connaître le statut de gestatrice (n=86)

Les arguments principaux sont l'adaptation de la prise en charge (45/62 soit 73%), la compréhension d'un attachement moindre à l'enfant porté (18/62 soit 29%), la proposition d'un suivi psychologique (17/62 soit 27%), l'intégration du couple d'intention dans le suivi de grossesse (10/62 soit 16%), et la connaissance des souhaits de la gestatrice pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement (6/62 soit 9%).

Les professionnels ne souhaitant pas connaître le statut de gestatrice de leur patiente avancent comme argument qu'ils souhaitent ne pas être dans le jugement ou avoir des aprioris afin de ne pas fausser leurs rapports avec la gestatrice.

Les professionnels ont également été interrogés sur la manière dont ils désigneraient l'enfant porté lors d'une conversation avec la gestatrice, la plupart (54/74 soit 73%) l'appelleraient « le bébé » ou « le fœtus », sans adjectif possessif de type « votre », afin d'éviter d'approprier l'enfant à la gestatrice. Cependant, d'autres ne changeraient rien à leurs habitudes sur ce point, et agiraient comme pour toute femme enceinte.

Lorsqu'on leur demande s'ils proposeraient à la gestatrice de couper le son du monitoring ou de tourner l'écran de l'échographe afin qu'elles ne voient pas le fœtus, la majorité (65/84 soit 77%) répond que non. Les principaux arguments avancés sont que contrairement à un accouchement sous X ou un à déni, la grossesse a été désirée et est assumée, et que la gestatrice devrait être impliquée et concernée par l'état de santé du fœtus. Les professionnels ayant répondu oui le feraient afin d'éviter ou limiter un attachement entre la gestatrice et le fœtus.

Comme le montre la **Figure 4**, à la question de la place des parents d'intention dans le suivi de la grossesse, la majorité des soignants (62/82 soit 76%) répondent qu'ils les accueilleraient comme des accompagnants, au même titre que le conjoint des autres femmes enceintes, le principal argument est que ces futurs parents auraient besoin de s'investir dans la grossesse. Une minorité (10/82 soit 12%) ne leur laisserait aucune place en raison du secret médical. D'autres leur donneraient une place spécifique, à discuter avec la gestatrice.

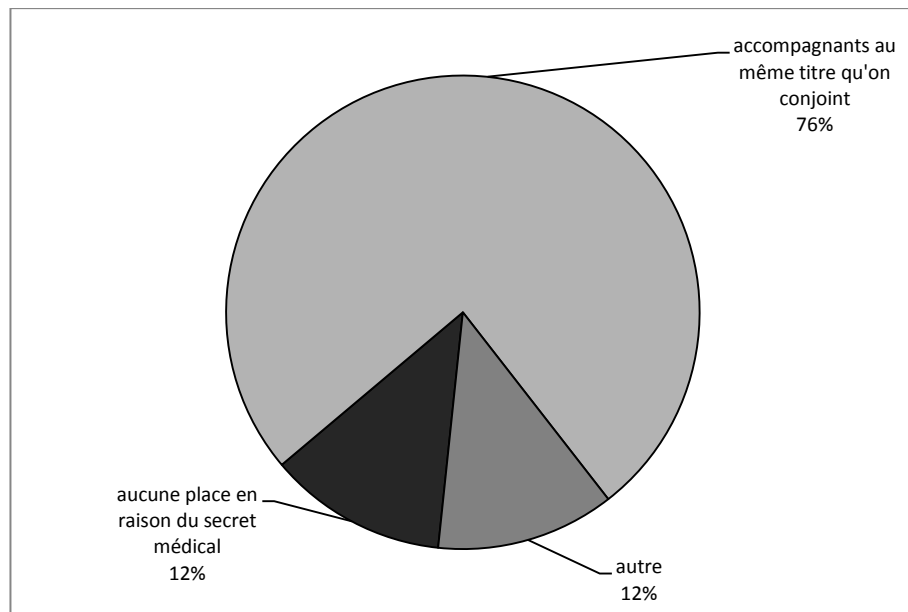


Figure 4 : place du couple d'intention dans le suivi de la grossesse (n=82)

Dans le même ordre d'idée, la place des parents d'intention aux échographies est assez peu discutée : la majorité des professionnels interrogés (66/81 soit 82%) répond que leur présence est justifiée, afin de faciliter leur investissement dans la grossesse et le lien avec leur futur enfant. Certains de ceux étant contre leur présence invoquent le secret médical, mais d'autres proposent de leur envoyer un compte-rendu des échographies.

Comme le montre la **Figure 5**, concernant les informations à propos de la gestatrice auxquelles le couple intentionnel pourrait avoir accès, seule une minorité (11/87 soit 13%) ne leur laisserait avoir accès à aucune information. Pour les autres, ce sont surtout les informations sur les éventuelles addictions (60/87 soit 69%) et sérologies (54/87 soit 62%) de la gestatrice qui pourraient être transmises. Puis, dans une moindre mesure, les professionnels estiment que pourraient être transmis ses antécédents obstétricaux (41/87 soit 47%), médicaux ou chirurgicaux (39/87 soit 45%) et gynécologiques (31/87 soit 36%).

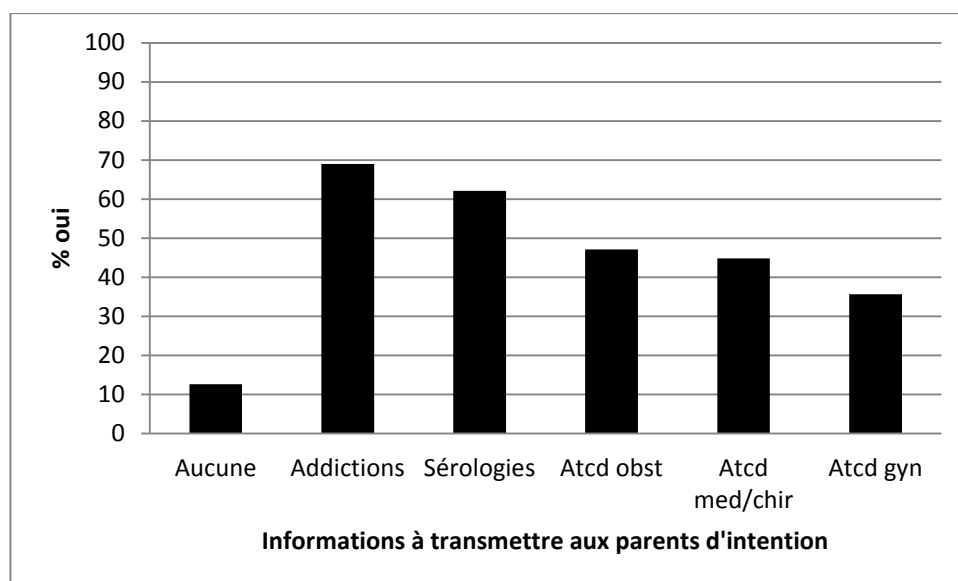


Figure 5 : Informations à propos de la gestatrice pouvant être transmises au couple intentionnel

Le tableau suivant montre la conduite à tenir proposée par les professionnels lors de la découverte d'une anomalie fœtale pouvant entrer dans le cadre d'une IMG.

	gestatrice seule	parents d'intention seuls	gestatrice et parents d'intention
Information (%)	6	2	92
Prise de décision (%)	15	31	37

Dans le cas d'une anomalie fœtale détectée au cours de la grossesse, les professionnels interrogés pensent en majorité (92%) que la gestatrice et les parents intentionnels devraient être informés. D'autres pensent que seule la gestatrice pourrait être informée, ou seulement les parents intentionnels.

Dans la suite de la prise en charge, selon les soignants, pourraient participer à la décision soit seulement le couple intentionnel (31%), soit seulement la gestatrice (15%), soit les deux (37%). Les principaux arguments avancés sont que les parents d'intention sont ceux qui élèveront l'enfant, mais qu'il s'agit du corps de la gestatrice, qui a donc le droit d'accepter ou non le geste. Le total n'atteint pas 100% car une partie des professionnels interrogés (17%) estime que seul un staff médical pourrait prendre la décision d'une IMG.

Lorsqu'on interroge les professionnels de santé sur les similitudes qu'ils trouvent entre un accouchement de gestatrice et un accouchement sous X, comme le montre la **Figure 6**, la majorité y voit quelques similitudes, voire beaucoup ; et environ un quart n'y voit aucune.

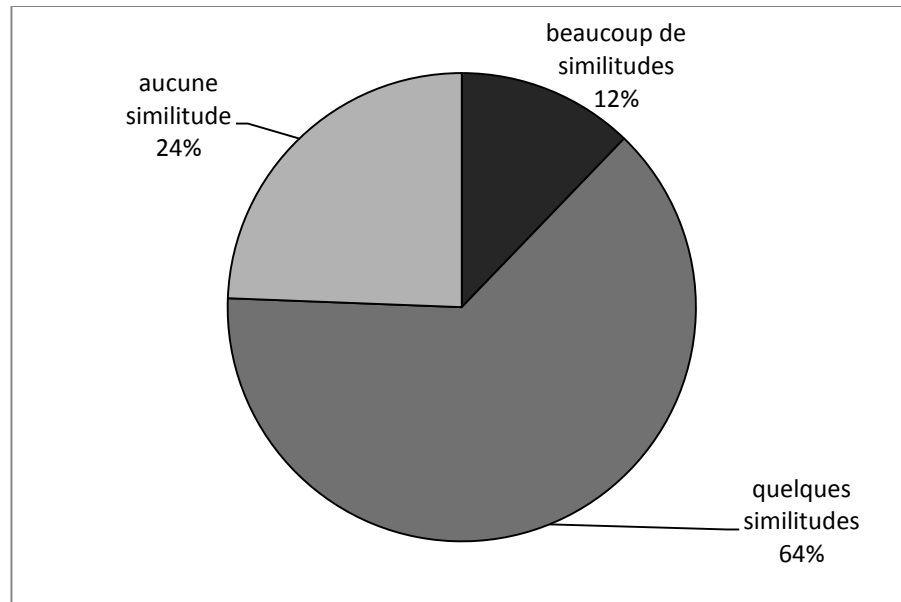


Figure 6: Similitudes avec l'accouchement sous X (n=82)

Les arguments avancés par ceux ne voyant aucune ressemblance entre ces deux cas sont que dans le cas d'un accouchement sous X, la grossesse n'est pas souhaitée et ils mettent en balance le don et l'abandon. Ceux trouvant des similitudes parlent du fait que la femme ayant porté l'enfant ne l'élèvera pas, et que la séparation risque d'être difficile dans les deux cas.

Nous avons interrogés les professionnels de santé sur la prise en charge de la gestatrice lors de son accouchement. Pour cela, ils devaient indiquer leur degré d'accord (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord) en face des propositions à faire à la gestatrice. Nous avons ensuite attribué une note à leur réponse : de 0 (pas du tout d'accord) à 3 (tout à fait d'accord), puis avons fait la moyenne de ces notes : voir la **Figure 7**.

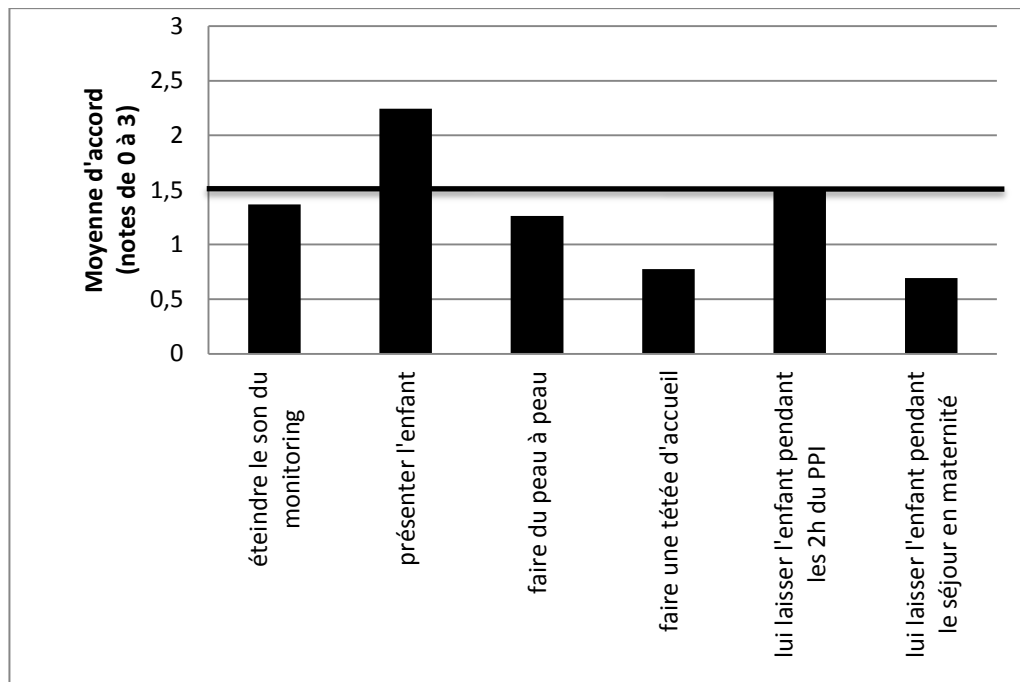


Figure 7 : Moyennes d'accord avec les propositions à faire à la gestatrice à l'accouchement
(où 0=pas du tout d'accord, 1=plutôt pas d'accord, 2=plutôt d'accord, 3=tout à fait d'accord)

Il apparaît alors qu'en moyenne, ils sont plutôt pas d'accord avec le fait de proposer à la gestatrice d'éteindre le son du monitoring ou de prendre l'enfant en peau à peau ; et vraiment pas d'accord avec le fait de lui proposer de faire une tétée d'accueil ou de lui laisser l'enfant pendant son séjour en maternité. Par contre ils sont plutôt d'accord avec le fait de lui proposer de lui présenter ou non l'enfant à la naissance. De même, ils sont assez neutres quant au fait de lui proposer de lui laisser l'enfant pendant les 2h du post-partum immédiat, afin que la séparation se fasse en douceur.

Lorsqu'on leur demande où la gestatrice devrait être hospitalisée après l'accouchement, la plupart des professionnels répond le service de gynécologie (69/83 soit 83%), afin qu'elle ne soit pas entourée de pleurs de nouveau-nés. Les autres préconisent le service de suites de couches ou de laisser le choix à la gestatrice.

Lorsqu'on leur demande s'ils ont des suggestions pour la prise en charge des gestatrices, la plupart des soignants leur proposerait un suivi psychologique, et certains préconisent une hospitalisation courte avec suivi à domicile après l'accouchement.

A la question de la présence des parents d'intention en salle d'accouchement, les avis sont assez partagés : 46% (37/80) pensent qu'ils n'y sont pas à leur place et 49% (39/80) pensent qu'ils peuvent être présents, au moins la mère d'intention. Cependant, plusieurs de ces derniers préconisent que les parents d'intention ne soient pas dans la salle au moment de l'expulsion, ou seulement avec l'accord de la gestatrice. Ceux ayant répondu que les parents d'intention ne sont pas à leur place au bloc obstétrical proposent de leur présenter l'enfant dès sa naissance, ou après les 2h du post-partum immédiat. Selon la plupart des professionnels interrogés, le nouveau-né devrait être hospitalisé quelques jours en néonatalogie pour que les parents intentionnels puissent apprendre les soins à lui prodiguer. D'autres proposent l'intervention de la PMI, avec des puéricultrices qui encadreraient les parents à domicile lors des premiers soins.

Comme le montre la **Figure 8**, lorsqu'on leur demande s'il faudrait laisser une période de rétractation à la gestatrice lui permettant de garder l'enfant, la grande majorité des soignants (64/85 soit 75%) répond que non, car la réflexion doit être faite avant la grossesse.

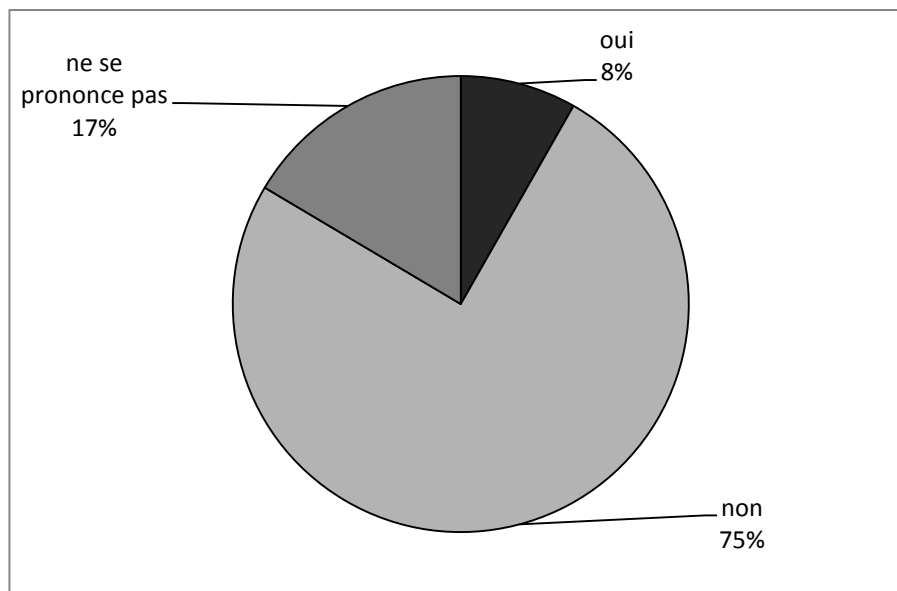


Figure 8 : Laisser une période de rétractation à la gestatrice (n=85)

Cependant, à la question de garder ou non un lien entre l'enfant et la gestatrice, les avis sont plus partagés : 41% (35/86) répondent oui, 34% (29/86) répondent non et 25% (22/86) ne se prononcent pas. Si on leur demande quel type de lien devrait être

entretenu, 67% (26/39) proposent plutôt un lien amical, et seulement 18% (7/39) un lien familial ; les autres proposent un statut spécifique, à discuter entre les parents et la gestatrice avant la grossesse.

La dernière question demandait aux professionnels si eux-mêmes pourraient porter un enfant pour un autre couple de leur entourage, ou accepteraient que leur femme le fasse. Comme on peut le voir sur la **Figure 9**, une majorité a répondu non (52/84 soit 62%) en avançant comme argument principal les difficultés psychologiques que provoqueraient le fait de donner un bébé qu'elles auraient porté, et auquel elles se seraient donc attachées. Les quelques personnes ayant répondu oui (10/84 soit 12%), parlent de solidarité et d'égalité des chances. Les autres ne se prononcent pas, certains car trop âgés ou n'ayant pas encore eu d'enfants, d'autres parce qu'ils n'y ont pas réfléchi.

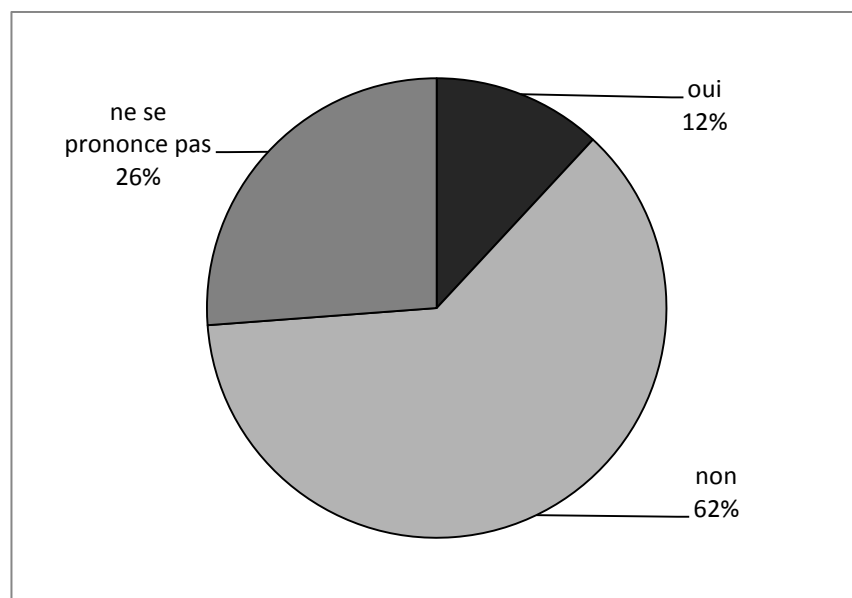


Figure 9 : Devenir soi-même gestatrice

Cependant, les réponses au questionnaire ne sont pas unanimes, et diffèrent parfois selon la profession des soignants interrogés. C'est ce que nous mettrons en évidence dans le chapitre suivant.

IV- Comparaison des réponses selon la profession

Nous avons choisi de comparer les réponses en fonction de la profession car elle est corrélée à d'autres critères, comme l'âge, ou le fait d'avoir ou non des enfants.

1- Informations personnelles

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Age (ans)	31,1 ± 8.2	22.5 ± 3.2	38.2 ± 7.9	26.4 ± 1.6
Sexe (% femmes)	36 (97.3)	34 (94.4)	5 (71.4)	5 (71.4)
Enfants (% oui)	18 (48.6)	1 (2.8)	4 (57.1)	0 (0.0)

Comme dit plus haut, l'âge et le fait d'avoir ou non des enfants sont corrélés à la profession des participants. On peut également mettre en évidence une population de réponse essentiellement féminine, ce qui correspond à la population du personnel soignant de CHU de Nantes, où les femmes sont très largement majoritaires.

2- Opinion personnelle

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Autorisation GPA :				
- oui (%)	20 (54.1)	7 (19.4)	2 (28.6)	2 (28.6)
- non (%)	5 (13.5)	11 (30.6)	2 (28.6)	3 (42.9)
- nspp ¹ (%)	12 (32.4)	18 (50.0)	3 (42.9)	2 (28.6)
Savoir si gestatrice (% oui)	33 (89.2)	31 (86.1)	4 (57.1)	7 (100)

¹ nspp : ne se prononce pas

Comme le montre le tableau précédent, la question de l'autorisation ou non de la GPA en France entraîne des désaccords importants entre les professionnels. Seules les sages-femmes semblent pour à plus de 50%, alors qu'en majorité les étudiants sages-femmes ne se prononcent pas. Les gynécologues-obstétriciens et internes ont des avis plus partagés.

La plupart des professionnels de santé interrogés souhaiteraient savoir si leur patiente est une gestatrice, mais cette tendance semble moins forte chez les gynécologues-obstétriciens.

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Possibilité de rétractation pour la gestatrice (% oui)	4 (10.8)	2 (5.6)	1 (14.3)	0 (0.0)

Très peu des soignants interrogés pensent qu'il faudrait laisser une période de rétractation à la gestatrice, et ce quelle que soit leur profession. La plupart précisent qu'il faudrait que cette réflexion soit faite avant la grossesse.

3- Prise en charge pendant la grossesse

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Eteindre son monitoring ou tourner l'écran de l'échographe (% oui)	7 (19.0)	10 (28.0)	1 (14.3)	1 (14.3)
Parents intentionnels = accompagnants (% oui)	26 (70.3)	26 (72.2)	5 (71.4)	5 (71.4)
Présence des parents d'intention lors des échographies (% oui)	27 (73.1)	30 (83.3)	4 (57.1)	5 (71.4)

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Informations données aux parents d'intention : (% oui)				
- atcd ² médicaux ou chirurgicaux	20 (54.0)	13 (36.1)	2 (28.6)	4 (57.1)
- atcd gynécologiques	13 (35.1)	11 (30.6)	3 (42.9)	4 (57.1)
- atcd obstétricaux	17 (45.9)	17 (47.2)	3 (42.9)	4 (57.1)
- addictions	23 (62.2)	27 (75.0)	5 (71.4)	5 (71.4)
- sérologies	22 (59.5)	23 (64.0)	4 (57.1)	5 (71.4)
- aucune information	4 (10.8)	4 (11.1)	1 (14.3)	2 (28.6)

En ce qui concerne la prise en charge de la gestatrice et du couple intentionnel pendant la grossesse, les soignants semblent répondre de la même manière quelle que soit leur profession.

4- Prise de décision concernant la grossesse

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Qui informer en cas de malformation fœtale ? (% oui)				
- gestatrice seule	0 (0.0)	2 (5.6)	2 (28.6)	1 (14.3)
- couple seul	0 (0.0)	2 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
- gestatrice <u>et</u> couple	35 (94.6)	32 (88.9)	4 (57.1)	6 (85.7)

² atcd : antécédent

En cas de malformation fœtale, la plupart des soignants interrogés informeraient la gestatrice ainsi que le couple intentionnel. Cependant, une partie des gynécologues-obstétriciens n'informerait que la gestatrice.

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Participation décision d'IMG (% oui)				
- gestatrice seule	1 (2.7)	8 (22.2)	3 (42.9)	0 (0.0)
- couple seul	20 (54.1)	4 (11.1)	0 (0.0)	2 (28.6)
- gestatrice <u>et</u> couple	11 (30.0)	15 (42.0)	3 (42.9)	2 (28.6)

Concernant la décision d'IMG, les sages-femmes ont répondu à 54% que seul le couple intentionnel pourrait y participer alors qu'aucun gynécologue-obstétricien n'a coché cette proposition, préférant laisser la décision à la gestatrice, seule ou conjointement avec les parents d'intention.

5- Prise en charge à la naissance

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Similitudes avec accouchement sous X (%)				
- aucune	9 (24.3)	7 (19.4)	2 (28.6)	2 (28.6)
- quelques	21 (57.0)	22 (61.1)	4 (57.1)	5 (71.4)
- beaucoup	3 (8.1)	7 (19.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Accueillir le couple intentionnel en salle de naissance (% oui)	22 (59.5)	12 (33.3)	1 (14.3)	4 (57.1)

	Sage-femme	Etudiant sage-femme	Gynécologue obstétricien	Interne
	N=37	N=36	N=7	N=7
Proposition à faire à la gestatrice en salle de naissance :				
(degré d'accord /20)				
- éteindre le son du monitoring	9.5	9.2	6.7	8.9
- lui présenter l'enfant	16.1	14.1	14.7	13.3
- faire du peau à peau	10.1	6.3	13.3	6.7
- donner une tétée d'accueil	4.8	5.2	10.0	3.8
- garder l'enfant pendant 2h en post-partum immédiat	10.7	9.6	10.7	7.6
- garder l'enfant pendant toute l'hospitalisation	4.4	4.5	8.3	3.8
Hospitaliser la gestatrice en gynécologie (% oui)	29 (78.3)	30 (83.3)	4 (57.1)	6 (85.7)

Lorsqu'on les interroge sur la prise en charge de la gestatrice lors de l'accouchement, on ne remarque pas de différence de réponse en fonction de la profession, sauf pour deux choses : le peau-à-peau avec la gestatrice et l'accueil des parents d'intention. En effet, on retrouve une différence par rapport à la proposition à la gestatrice de prendre l'enfant en peau à peau. Les obstétriciens sont d'accord avec une note à 13/20, les sages-femmes sont plutôt neutres avec une note à 10/20, alors que les étudiants sage-femme et les internes sont contre avec une note d'accord aux alentours de 6/20. Par ailleurs, les obstétriciens sont contre le fait d'accueillir les parents d'intention en salle de naissance, alors que les sages-femmes et internes sont en majorité pour.

6- Etre soi-même gestatrice

	Sage-femme N=37	Etudiant sage-femme N=36	Gynécologue obstétricien N=7	Interne N=7
Porter soi-même un enfant pour un autre couple				
- oui (%)	5 (13.5)	3 (8.3)	2 (28.6)	0 (0.0)
- non (%)	19 (51.4)	23 (63.9)	3 (42.9)	7 (100)
- nspp (%)	13 (35.1)	8 (22.2)	1 (14.3)	0 (0.0)

Lorsqu'on les interroge sur le fait de devenir eux-mêmes gestatrice (ou que leur femme le soit), les professionnels de santé répondent par la négative en majorité. Cependant, lorsqu'on y regarde de plus près, certains membres de chaque profession ont répondu par l'affirmative ou n'ont pas pu se prononcer, sauf pour les internes, qui sont contre à 100%.

Discussion

I- Limites de l'étude

1- Limites liées à la diffusion du questionnaire

Le questionnaire n'ayant été distribué qu'au CHU de Nantes, il est probable que les résultats ne reflètent pas l'opinion de l'ensemble des professionnels de santé potentiellement concernés par la gestation pour autrui.

2- Limites liées à la longueur du questionnaire

D'autres questions auraient pu être posées aux professionnels de santé à propos de la GPA, mais ont été retirées du questionnaire afin d'éviter qu'il soit trop long, risquant de limiter le nombre de réponses. Il s'agissait par exemple de leur demander leur avis par rapport aux droits aux aides sociales, à la possibilité de rétractation pour les parents intentionnels, à la proposition de rendre obligatoire l'accord du conjoint de la gestatrice avant tout transfert d'embryon, ou encore à l'impact de la GPA sur les éventuels enfants de la gestatrice.

II- Les divergences d'opinion des soignants

On a pu remarquer que les professionnels de santé interrogés n'étaient pas unanimes dans leurs réponses, quels que soient leur profession ou leur âge : la GPA semble être un sujet qui fait toujours débat.

1- L'autorisation de la GPA

Le principal sujet de désaccord est la question de l'autorisation ou non de la gestation pour autrui. Les soignants ayant une vision positive de la GPA se placent plutôt du point de vue des parents d'intention. Il s'agit surtout de sages femmes, environ

deux tiers d'entre elles, et de quelques étudiants sages-femmes, obstétriciens et internes, de tous âges confondus. En effet, ils voient surtout cette pratique comme une possibilité supplémentaire en AMP, et donc une chance pour les couples infertiles. Certains d'entre eux avancent aussi que cette pratique étant autorisée à l'étranger, et se faisant probablement clandestinement en France, il serait plus prudent de la légaliser afin de l'encadrer.

Les professionnels de santé étant contre une autorisation de la GPA en France pensent plutôt aux difficultés pouvant être entraînées par cette pratique. Il s'agit d'environ un tiers des étudiants sages-femmes, obstétriciens et internes interrogés, et de quelques sages-femmes, de tous âges confondus. Beaucoup parlent des difficultés psychologiques risquant d'être rencontrées par la gestatrice lors de la séparation avec l'enfant qu'elle aura porté, à type de dépression du post-partum, et c'est pour cela qu'une grande partie des soignants préconise qu'elle soit suivie par un psychologue tout au long de la grossesse et après l'accouchement. D'autres mettent en avant le risque de complication de la grossesse pour la gestatrice, surtout en cas de grande multiparité si ces femmes multiplient les GPA, ou en cas de grossesse gémellaire, cas fréquent lors des processus de FIV. Par ailleurs beaucoup des soignants interrogés expriment leur peur des dérives pouvant être occasionnés par la légalisation de la GPA, c'est-à-dire un risque d'exploitation des femmes, de chantage financier de la part de la gestatrice, où l'enfant serait en quelque sorte « vendu » au couple intentionnel, ou encore de GPA en dehors des conditions légales d'accès à l'AMP (homoparentalité, GPA de convenance...).

2- Le choix de la gestatrice

Les professionnels de santé ont des avis totalement divergents à propos du recrutement de la gestatrice. En effet, quelques-uns voudraient que celle-ci soit anonyme comme pour un don de gamètes, et recrutée selon les mêmes modalités, ou disent que la GPA ne doit surtout pas être intrafamiliale car cela entraînerait des tensions et risquerait de déséquilibrer voire briser les liens familiaux ; alors que d'autres pensent que la sœur de l'un des membres du couple serait la plus indiquée pour ce rôle. Par ailleurs, plusieurs des soignants interrogés proposent de laisser un délai de réflexion de plusieurs mois à la gestatrice avant de démarrer le processus de GPA afin qu'elle en

mesure toutes les conséquences, comme c'est actuellement le cas pour une stérilisation à visée contraceptive par exemple.

3- La place des parents intentionnels dans le suivi

Selon certains professionnels, le couple intentionnel ne devrait avoir aucune place dans le suivi de la grossesse ou lors de l'accouchement car ce serait une violation du secret professionnel. Cependant, certains d'entre eux proposent de fournir des renseignements à propos de l'évolution du fœtus aux futurs parents par courrier. A l'inverse, beaucoup de professionnels de santé leur laisseraient une place prépondérante tout au long du suivi jusqu'à l'accouchement, car ils considèrent qu'il s'agirait de leur enfant, et qu'ils seraient donc les premiers concernés ; tout en préconisant de rechercher l'accord de la gestatrice à chaque étape de ce suivi, afin de respecter sa liberté et son éventuel besoin d'intimité.

Par ailleurs, la prise de décision concernant la grossesse peut être attribuée soit à la gestatrice soit aux parents d'intention en fonction des professionnels interrogés. En effet, certains estiment qu'étant donné qu'il s'agit du corps de la gestatrice, elle est la seule concernée, alors que d'autres disent que c'est le couple d'intention qui élèvera l'enfant et qu'ils sont donc à même de prendre les décisions le concernant. Cependant, peuvent-ils avoir des droits sur un fœtus qui n'a aucune existence juridique propre, considéré comme faisant partie du corps de la gestatrice ?

4- Le lien entre la gestatrice et l'enfant

Parmi les professionnels de santé interrogés, beaucoup proposent d'essayer de limiter l'apparition d'un lien entre la gestatrice et l'enfant qu'elle porte. Pour cela, ils préconisent de désigner ce dernier par des termes impersonnels comme « le bébé » ou « le fœtus », et d'adapter son discours afin éviter par exemple de la faire se projeter dans l'avenir avec l'enfant. Par ailleurs, beaucoup parlent des difficultés risquant d'être rencontrées par la gestatrice au moment de sa séparation avec l'enfant, qui nécessiterait selon eux un suivi psychologique, mais très peu évoquent les répercussions sur le nouveau-né. En effet, ne risque-t-il pas de ressentir un sentiment d'abandon suite à cette séparation avec la femme qui l'aura porté ? Cela peut-il avoir un impact sur son développement psychique ? Peut-il par la suite souffrir de troubles identitaires suite aux

conditions particulières de sa naissance ? Plusieurs études du Professeur S. Golombock, directrice du centre de recherche sur la famille de l'université de Cambridge, ont prouvé la GPA n'entraînait pas de troubles du développement chez les enfants [16 ; 17], et que ceux-ci avaient une opinion plutôt positive à propos de leur naissance et de la femme qui les avait porté [22]. Le principal argument retrouvé concernant le manque d'études à ce sujet est qu'il y a très peu d'enfants nés par gestation pour autrui suite à une FIV ayant atteint l'âge adulte à ce jour [23]. Selon R. McNair, le principal danger pour ces enfants, mais aussi pour leurs parents et les gestatrices, serait la stigmatisation exercée par la société [23].

Concernant la proposition de laisser une possibilité de rétractation à la gestatrice lui permettant de garder l'enfant, la grande majorité des soignants interrogés semble contre. Certains avancent comme argument que l'enfant qu'elle porte n'est pas lié à elle génétiquement. Cependant, dans le cas d'une grossesse suite à un accueil d'embryon, possible pour un couple infertile suite à un don de la part d'un autre couple n'ayant plus de projet parental en fin de processus de FIV, la femme qui porte cet embryon sera bien sa mère, et son conjoint le père, même s'ils n'ont aucun lien génétique avec lui. C'est également observable dans le cas des grossesses obtenues par don d'ovocyte : la femme qui porte l'enfant n'a pas de lien génétique avec lui, mais sera quand même sa mère. Dans ces deux cas, la mère est celle qui est à l'origine du projet parental, ainsi que celle qui accouche, mais pas celle ayant fourni ses gamètes. Dans le cas de la GPA, la mère de l'enfant serait donc la femme à l'origine du projet parental et éventuellement celle qui aura fourni son matériel génétique, sauf en cas de don d'ovocyte.

Les différences d'opinion mises en évidence ici ne sont corrélées la plupart du temps ni avec l'âge ni avec la profession des soignants. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer les critères orientant leurs réponses, peut-être est-ce lié à l'éducation reçue, à la religion, à l'origine géographique, ou encore à certaines expériences personnelles.

III- Principales interrogations autour de la GPA et propositions de réponses

1- Qui pourrait accéder à une GPA ?

L'une des premières choses à définir autour de la GPA serait les conditions d'accès à cette technique. En effet, il semble clair que la France ne va pas vers une autorisation pour tous, comme c'est le cas par exemple dans certains états des Etats-Unis, où n'importe quel couple ayant les moyens financiers de s'offrir une GPA peut y accéder. Faut-il faire une loi autorisant la GPA pour tous les couples ne parvenant pas à procréer et pour qui les autres solutions proposées par l'AMP sont inefficaces ? Ceci ouvrirait la porte aux couples ayant vécu de multiples tentatives de FIV infructueuses, mais aussi aux couples homosexuels masculins. Faut-il au contraire n'autoriser la GPA qu'au cas par cas ? Mais dans ce cas, qui déciderait d'y faire accéder ou non les demandeurs et sur quels critères ? Les médecins des centres d'AMP semblent les mieux placés pour prendre cette décision, de préférence de façon collégiale afin d'éviter ou de limiter les inégalités d'accès en fonction du médecin consulté.

A propos des critères de sélection des couples, le Sénat proposait qu'ils bénéficient d'un agrément de l'Agence de la Biomédecine, *« cet agrément étant destiné à vérifier leur état de santé physique (selon les conditions citées précédemment), [...] mais également psychique. »* [9]. De plus, le Sénat préconisait que : *« seuls pourraient bénéficier d'une gestation pour autrui les couples composés de personnes de sexe différent, mariées ou en mesure de justifier d'une vie commune d'au moins deux années, en âge de procréer et domiciliées en France. La femme devrait se trouver dans l'impossibilité de mener une grossesse à terme ou ne pouvoir la mener sans un risque d'une particulière gravité pour sa santé ou pour celle de l'enfant à naître. L'un des deux membres du couple au moins devrait être le parent génétique de l'enfant. »* [9]. Il faut cependant y apporter un bémol : depuis la révision des lois bioéthiques en 2011, les conditions d'accès à l'AMP ont été modifiées et il n'est plus nécessaire que les membres du couple soient mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans [24] ; ces conditions s'appliqueraient donc également à la GPA. Par ailleurs, la loi imminente autorisant le mariage homosexuel en France va peut-être aussi aboutir à une discussion autour de l'éventuel accès à l'AMP de ces couples.

2- Qui pourrait être gestatrice et à quelles conditions ?

La seconde interrogation autour de la GPA est la sélection de la gestatrice. Tout d'abord, il semble difficile d'appliquer dans ce cas le principe d'anonymat du don. En effet, dans les pays où cette pratique est autorisée, les parents d'intention, dans leur majorité, font appel à une femme de leur entourage pour porter leur enfant. Par ailleurs, il leur serait peut-être difficile de confier leurs embryons à une femme dont ils ne savent rien. De plus, l'anonymat de la gestatrice serait difficile à vivre pour certains enfants issus de GPA, comme il peut l'être pour certains enfants issus de dons de gamètes, qui souhaitent connaître leurs origines. Dans les pays où les dons de gamètes ne sont pas anonymes, les donneurs ont un statut juridique particulier, ils donnent leur capacité d'engendrement et n'ont ensuite aucun droit ou devoir envers les enfants ainsi créés, ni aucune possibilité de filiation.

Dans le cas où les parents d'intention ne pouvaient pas faire appel à une femme de leur entourage, soit par impossibilité, soit par interdiction de la loi, comment recruter les gestatrices ? Le Sénat, dans sa proposition de loi, précise que « *la mise en relation d'un ou de plusieurs couples désireux de bénéficier d'une gestation pour autrui et d'une ou de plusieurs femmes disposées à porter en elles un ou plusieurs enfants pour autrui ne peut donner lieu ni à publicité ni à rémunération. Elle ne peut être réalisée qu'avec l'agrément de l'Agence de la biomédecine.* » [9]. Faudrait-il reprendre le modèle des donneuses d'ovocyte ? C'est-à-dire compter sur la candidature spontanée des femmes et sur l'information faite par les médecins traitant ou les gynécologues à leurs patientes, ou encore faire des dons croisés : les couples nécessitant une GPA recruteraient une gestatrice dans leur entourage qui portera l'enfant d'un autre couple et vice versa.

Cependant, il serait préférable que les femmes souhaitant être gestatrices répondent à certains critères permettant d'éviter des complications prévisibles de la grossesse. A ce sujet, le Sénat a proposé que « *seule pourrait porter en elle un ou plusieurs enfants pour autrui, la femme majeure, domiciliée en France et ayant déjà accouché d'un enfant au moins sans avoir rencontré de difficulté particulière durant la grossesse puis l'accouchement. De surcroît, une femme ne pourrait ni porter pour autrui un enfant conçu avec ses propres ovocytes, ni porter un enfant pour sa fille, ni mener plus de deux grossesses pour autrui.* » [9]. Le Sénat propose également pour ces femmes l'obtention d'un agrément par l'Agence de Biomédecine [9]. De plus, comme dit plus haut, le CCNE préconise de « *prendre toutes les précautions permettant de*

s'assurer que le consentement de la gestatrice est réellement libre et éclairé. » [15], afin d'éviter toute pression de la part du couple sur la gestatrice.

L'impact de la GPA sur l'entourage de la gestatrice est aussi un sujet sensible. En effet, son conjoint ou ses enfants s'ils existent, peuvent éprouver des difficultés à la voir porter un enfant qui ne fera pas partie de leur famille. A ce sujet, l'OPECST dit que *« ses propres enfants devront intégrer l'idée que l'enfant qu'elle porte n'est pas un frère ni une sœur, qu'il n'a pas été conçu avec leur père et qu'il sera (aban)donné à une autre famille dès la naissance. » [19].* Par ailleurs, le CCNE et le Sénat proposent tous deux que le consentement du conjoint de la gestatrice soit demandé avant toute GPA [15 ; 9], et le CCNE propose que soit recherché chez la gestatrice *« la prise en compte des conséquences pour sa vie familiale, pour ses enfants, pour son conjoint » [15].* Ces considérations sont également valables pour l'entourage familial, amical ou professionnel de la gestatrice.

Une fois l'accord de prise en charge donné au couple intentionnel et le recrutement de la gestatrice effectué, le Sénat préconise l'intervention d'un juge avant tout transfert d'embryon : *« le magistrat devrait vérifier les agréments, recueillir les consentements écrits des parents intentionnels et de la gestatrice ainsi que, le cas échéant, celui du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS de cette dernière, après les avoir informés des conséquences de leur engagement au regard notamment du droit de la filiation. » [9].*

Un autre problème se pose à propos de la gestatrice : la question du dédommagement. Il est communément admis que le modèle américain ne serait pas suivi, c'est à dire le paiement par les parents de sommes très importantes aux femmes, entraînant des inégalités d'accès pour les couples : seuls ceux très aisés peuvent faire appel à une gestatrice. Cependant, on peut comprendre que même si la motivation de ces femmes est altruiste, une grossesse peut entraîner des pertes de revenus et entraîner des frais, en particulier médicaux. La totalité de ces frais devrait-elle être prise en charge par la sécurité sociale, par les parents d'intention, ou partagée entre les deux ? Comment éviter les dérives et garantir l'égalité d'accès à cette technique pour les couples ? Le Sénat propose ceci : *« [le magistrat] fixerait également la somme devant être versée par le couple bénéficiaire à la gestatrice afin de couvrir les frais liés à la grossesse qui ne seraient pas pris en charge par l'organisme de sécurité sociale et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Cette somme pourrait être révisée en cas d'événement imprévu au cours de la grossesse. La gestation pour autrui ne*

pouvant être admise qu'en tant que don de soi, aucun autre paiement, quelle qu'en soit la forme, ne pourrait être alloué. » [9]. Cependant, le CCNE émet des doutes à ce sujet : « la volonté du législateur de limiter à une juste indemnisation les transferts d'argent ne saurait faire obstacle à des pratiques clandestines. » [15].

3- Quelle place pour les parents intentionnels dans le suivi de la grossesse et l'accouchement?

Il semble difficile de prévoir une place au couple intentionnel dans le suivi de la grossesse ou à l'accouchement sans violer le secret médical ou porter atteinte à la liberté de la gestatrice. Cependant il est compréhensible que les futurs parents aient besoin d'avoir des informations sur le déroulement de la grossesse et sur la santé du fœtus, voire d'assister aux échographies ou consultations. Certains professionnels de santé interrogés préconisaient de seulement leur faire parvenir des informations sur le fœtus par voie postale, alors que d'autres voudraient pouvoir les faire participer à chaque étape de la grossesse et de l'accouchement. Néanmoins, il serait important que les soignants recherchent l'accord de la gestatrice à la participation des futurs parents à chacune de ces étapes. Concernant la problématique du secret médical, il n'est déjà plus entier depuis la loi du 4 Mars 2002 avec la création de la personne de confiance, qui peut participer aux consultations. Par ailleurs, la plupart des femmes enceintes viennent aux consultations de suivi de grossesse, aux échographies ou à l'accouchement accompagnées.

Dans la majorité des pays pratiquant la GPA, la place des parents intentionnels est toute autre : ils intègrent la gestatrice dans leur « roman familial » et ils sont encouragés à le faire. Actuellement, le type d'arrangement, où les contacts entre gestatrice et parents intentionnels sont restreints voire interdits, est rare. Il est largement remplacé par des arrangements où les contacts entre la gestatrice et les parents intentionnels sont favorisés et encouragés. Les mères intentionnelles participent généralement aux rendez-vous médicaux. Très fréquemment, les parents intentionnels assistent à l'accouchement et accueillent le nouveau-né. Le fait de partager de manière très étroite la grossesse aide les mères intentionnelles à créer le lien maternel et à se préparer à accueillir l'enfant. Ces contacts facilitent le transfert de parentalité et l'établissement du lien mère-enfant.

4- Qui prendrait les décisions liées à la grossesse ?

Au sujet des décisions à prendre à propos de la grossesse, les avis sont plutôt partagés. En effet, il s'agit du corps de la gestatrice, mais du futur enfant du couple intentionnel. C'est ce qui ressort dans les réponses au questionnaire : certains mettent en avant la gestatrice et d'autres les parents d'intention. A ce sujet, le CCNE dit que « *le légitime intérêt que les parents d'intention portent à la bonne fin de la grossesse peut constituer de fait une atteinte à l'autonomie de la femme porteuse, à sa vie privée ou au droit exclusif que lui donne la loi de prendre toutes les décisions relatives à sa grossesse, y compris celui de l'interrompre dans les limites qui sont autorisées.* » [15]. Le Sénat confirme cet avis en proposant qu'il « *appartiendrait à la gestatrice et à elle seule de prendre, le cas échéant, toute décision relative à une interruption volontaire de la grossesse* » [9]. Par ailleurs, le CCNE s'interroge sur la légitimité des parents d'intention dans les décisions à propos du fœtus : « *Le transfert aux parents d'intention de la décision d'interruption médicale de grossesse, si elle s'explique par le fait que ce sont eux qui, in fine, doivent assumer la charge de l'enfant, fût-il lourdement handicapé, est-il compatible avec le fait qu'avant la naissance, le fœtus n'est pas un enfant sur lequel s'exercerait une autorité parentale, et qu'il n'est pas juridiquement distinct de la personne de la femme enceinte ?* » [15].

5- Qui bénéficierait des droits afférents à la maternité ?

Les droits sociaux en lien avec la maternité devraient-ils être accordés à la gestatrice ou à la mère d'intention ? Les deux devraient avoir des droits adaptés à leur situation. La gestatrice pourrait bénéficier, comme les autres femmes enceintes, du remboursement des frais médicaux liés à la grossesse avec prise en charge à 100% à partir du sixième mois, ainsi que d'un congé maternité de durée et rémunération identiques avant l'accouchement, mais peut-être plus court après la naissance. Par ailleurs il serait sans doute préférable que la mère sociale bénéficie des mêmes droits qu'une femme venant d'adopter un enfant, c'est-à-dire un congé de 10, 18 ou 22 semaines selon les cas, avec une indemnité journalière [25]. Selon les recommandations du groupe de travail du Sénat, la gestatrice bénéficierait de tous les droits sociaux afférents à la maternité mais elle ne pourrait pas bénéficier de droits supplémentaires à la retraite. Il préconise également le droit à un congé de six semaines à la femme du

couple de parents intentionnels, avec une indemnité journalière de repos pendant six semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, à condition qu'elle cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation [9].

6- Quand et comment établir la filiation ?

L'établissement de la filiation est une autre question difficile à résoudre dans le processus de gestation pour autrui. Il faut tout d'abord déterminer si on laisse à la gestatrice un droit de rétractation ou non, et si oui, de combien de temps. En effet, en cas de possibilité de rétractation, on ne pourrait pas établir de filiation avec les parents d'intention avant la fin de cette période. Les professionnels de santé interrogés à ce propos ont répondu par la négative à 75%, et seulement 8% ont répondu par l'affirmative.

On peut se référer à l'exemple de la Grèce, où dès l'accord passé entre les parents d'intention et la gestatrice, un acte judiciaire enregistre la filiation de l'enfant à l'égard du couple qui en devient dès lors l'unique responsable. Il s'agit en quelque sorte d'une adoption prénatale d'un enfant dont les adoptants seraient aussi les géniteurs [26].

En Grande-Bretagne, au contraire, la femme qui accouche est désignée comme la mère dans le certificat de naissance et son compagnon comme le père. Le transfert de filiation ne peut pas s'effectuer avant un délai de six semaines, pendant lequel la gestatrice peut décider de garder l'enfant [27]. Cette façon de faire préserve la règle traditionnelle d'établissement de la maternité, *Mater semper certa est*, et confère à la gestatrice un droit de repentir ; cependant cela peut aussi permettre aux parents intentionnels de se rétracter, comme par exemple en cas de séparation du couple, ou de handicap de l'enfant : dans ce cas, on peut se poser la question du devenir du nouveau-né. Certains professionnels de santé avaient soulevé ce problème dans les questionnaires et proposaient que cette possibilité ne leur soit pas offerte.

En France, le Sénat a proposé en 2010 que « *les noms des parents intentionnels soient automatiquement inscrits sur les registres de l'état civil en exécution de la décision judiciaire ayant autorisé le transfert d'embryons et sur présentation de celle-ci par toute personne intéressée, notamment le représentant du ministère public. La filiation du ou des enfants à leur égard ne serait susceptible d'aucune contestation. Ainsi, l'enfant ne pourrait être privé de filiation et les bénéficiaires de la gestation pour autrui ne pourraient se rétracter au dernier moment, au motif par exemple qu'ils se*

seraient séparés ou que l'enfant serait handicapé, pour se soustraire à leurs obligations légales de parents. ». Cette proposition empêche donc l'une et l'autre partie de se rétracter.

On peut constater que la plupart des problèmes pouvant être posés par la gestation pour autrui avaient également questionnés les membres du Sénat lors de leur travail sur la proposition de loi de 2010, et qu'ils avaient tenté d'y répondre. Ces propositions allaient globalement dans le même sens que ce qu'ont préconisé les professionnels de santé que nous avons interrogés.

Conclusion

La gestation pour autrui en France est l'objet d'un débat de plus en plus intense ces dernières années, au sein des parlementaires, des professionnels de santé concernés et même de l'ensemble des citoyens. En effet, il ne s'agit pas d'un progrès scientifique mais d'une modification importante de la relation entre procréation et engendrement, et donc de l'établissement des liens de filiation, qui entraîne des problématiques d'ordre éthique.

La levée de l'interdiction de la GPA en France serait de la responsabilité du législateur, mais son application relèverait des professionnels de santé, engageant leur responsabilité et modifiant leurs pratiques. Cette autorisation n'est pas certaine, et si elle a lieu, ce ne sera pas avant plusieurs années. Il serait intéressant que législateur mette ce temps à profit pour interroger les soignants potentiellement concernés sur les conditions de réalisation de la GPA, afin que la loi s'inscrive le mieux possible dans la réalité des soins.

Selon cette étude, les professionnels de santé interrogés souhaitent surtout :

- que soit mis en place un suivi psychologique de la gestatrice durant la grossesse et dans le post-partum,
- que la place des parents intentionnels soit discutée avec la gestatrice à chaque étape du suivi,
- que les parents d'intention puissent décider de faire une demande d'IMG ou non en cas de malformation fœtale,
- qu'ils soient encadrés pour les premiers soins de leur enfant, en maternité ou à domicile avec la PMI,
- que la gestatrice ne puisse pas se rétracter et garder l'enfant pour elle.

Cependant, moins de la moitié d'entre eux est pour la levée de la prohibition de la GPA en France, car ils craignent le risque de dérives financières, de marchandisation du corps, et d'élargissement ou de contournement des indications préconisées de la GPA. .

On peut aujourd'hui supposer que la loi autorisant le mariage homosexuel va entraîner une modification progressive de la représentation sociale de la famille, ce qui permettra peut-être l'acceptation de ce nouveau schéma familial que représente la gestation pour autrui.

Lexique

AMP : assistance médicale à la procréation

CCNE : comité consultatif national d'éthique

CHU : centre hospitalier universitaire

CNAOP : conseil national d'accès aux origines personnelles

ESHRE : European Society of Human Reproduction

FIV : fécondation in vitro

GPA : gestation pour autrui

HAD : hospitalisation à domicile

IAC : insémination artificielle avec sperme du conjoint

IAD : insémination artificielle avec sperme de donneur

ICSI : *intracytoplasmic sperm injection* : injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes

IMG : interruption médicale de grossesse

OPECST : office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques

PACS : pacte civil de solidarité

Bibliographie

I- Références bibliographiques

1. Agence de Biomédecine, L'assistance médicale à la procréation en France en 2009, dossier de presse, nov 2009, p.3
2. Sondage IPSOS/Top Santé/France5 "le magazine de la santé" réalisé du 5 au 8 décembre 2008, auprès d'un échantillon représentatif de 1017 français âgés de 15 ans et plus
3. Sondage BVA, réalisé du 16 au 17 décembre 2011, auprès d'un échantillon représentatif de 971 français âgés de 18 ans et plus
4. <http://www.allianceetfecondite.org/desir/psycho/desir-enfant.html>, consulté le 07/12/2012
5. Genèse, Chapitres 16, 17, 18, 21
6. Genèse, Chapitres 29, 30, 35
7. G. Hottois, J.-N. Missa, Nouvelle encyclopédie de bioéthique, 1e édition, De Boeck Université, 2001, p.483
8. <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/documentation/dossiers-thematiques/2001-anniv.-loi-de-1901-relative-au-contrat-d-association/cour-de-cassation-arret-du-13-decembre-1989.16467.html>, consulté le 01/09/2012
9. cour de cassation, ass.plén., Nullité de la convention par laquelle une femme s'engage à concevoir et à porter un enfant pour l'abandonner à sa naissance, 31 mai 1991, n°90/20.105
10. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D04A23086E86ED29E0D4B267A4B6A152.tpdjo04v_3?cidTexte=JORFTEXT0000000549619&categorieLien=id, consulté le 01/09/2012
11. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/bioethique/historique-lois-bioethique.shtml>, consulté le 01/09/2012
12. Proposition de loi tendant à autoriser et encadrer la gestation pour autrui, enregistrée à la présidence du Sénat le 27 janvier 2010, visible sur <http://www.senat.fr/leg/pp109-233.html>

13. Proposition de loi autorisant la transcription à l'état civil français des actes de naissances des enfants nés à l'étranger du fait d'une gestation pour autrui, enregistrée à la présidence du Sénat le 31 juillet 2012, visible sur <http://www.senat.fr/leg/ppl11-736.html>
14. Proposition de loi visant à l'ouverture du mariage aux personnes de même sexe et à l'ordonnancement des conditions de la parentalité, enregistrée à la présidence du Sénat le 27 Août 2012, visible sur <http://www.senat.fr/leg/ppl11-745.html>
15. comité consultatif national d'éthique, avis n°110, problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui (GPA), 2010
16. S. Golombok, F. MacCallum, E. Goodman and al., Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2, *Journ.Child Psycho Psychiatry*, Vol 47, p 213-222, 2006
17. S. Golombok, C. Murray, V. Jadva and al., Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3, *Hum. Reprod.*, 2006, vol 21, n°7, p.1918-1924
18. S. Golombok, C. Murray, V. Jadva and al., Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life. *Dev.Psych*, vol 40, p 400-411, 2004
19. OPECST, rapport sur l'évaluation de l'application de la loi n°2004-800 du 6 Août 2004 relative à la bioéthique, 2008, p. 138-157
20. <http://claradoc.gpa.free.fr/index.php?page=juridiques>, consulté le 25/09/2012
21. Congrès de l'Association Européenne des Officiers de l'Etat Civil (7 ; 2007; Gand, Belgique), Etablissement de la filiation et maternités de substitution dans certains états membres de la CIEC.
22. V. Jadva, L. Blake, P. Casey and S. Golombok, Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins, *Hum. Reprod.*, 2012, vol. 27, n°10, p.3008-3014.
23. R. McNair, Outcomes for children born of A.R.T. in diverse range of families, Victorian Law Reform Commission, Occasional Paper from the Commission's work on assisted reproduction and adoption, 2004, p.7;46-48
24. Article 33 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, modifiant l'article L2141-2 du code de la santé publique

25. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/adoption-conge-et-indemnites-quels-droits/adoption-les-conditions-du-conge/php> consulté le 16/12/2012
26. Lois 3089/2002 et 3305/2005 ; P. Agallopoulou, Droit de la famille 2004, Chron. n°11
27. *Human Fertilization and Embryology Act*, 1990, modifié en 2008, visible sur www.hfea.gov.uk

II- Sources secondaires

- A. Grabinski, J. Haberko, Intérêt de l'enfant à naître en AMP : regards croisés franco-polonais, *Médecine & Droit*, 2011, vol 2011, n° 109, p.167-173
- Association MAIA, La gestation pour autrui. Aspects éthiques, juridiques et médicaux. Etat des lieux en 2006, 2006, visible sur : <http://maia-asso.org/20090418120/infertilite-et-sterilite/gestation-pour-autrui/gpa-2006.html>
- D. Constantinidis, R. Cook, Australian perspectives on surrogacy : the influence of cognitions, psychological and demographic characteristics, *Hum. Reprod.*, 2012, vol 27, n°4, p.1080-1087
- D. Ivora-Deleuze, La gestation pour autrui au cœur des débats, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Vol 38, Issue 4, 2010, p.292
- F. Dreifuss-Netter, Le principe de dignité fait-il obstacle à la liberté de disposer de soi? , *Médecine & Droit*, 2011, vol 2011, n° 106, p.10
- G. Bertier, E. Rial-Sebbag, A. Cambon-Thomsen, 2004-2009 : révision de la loi de bioéthique en France, quels enjeux, quels débats?, *Médecine & Droit*, 2010, vol 2010, n°100–101, p.42-48
- G. Delaisi de Perceval, To FIV or not to FIV : la gestation pour autrui, future indication d'Assistance médicale à la procréation?, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2006, vol 34, n°9, p.720-726
- J. Ciccarelli, L.Beckman, Navigating Rough waters : an overview of psychological aspects of surrogacy, *J Soc Issues*, 2005, vol 61, n°1, p.21-43
- M. Rivière, F. Galley-Raulin, Réflexion sur la grossesse pour autrui, *La Revue Sage-Femme*, 2010, n°9, p.128-132

- O. van den Akker, Psychosocial aspects of surrogate motherhood, Hum Reprod Update, 2007, vol 13, n°1, p.53–62
- P. Dufour, regard des professionnels de l'obstétrique sur la gestation pour autrui, Les Dossiers de l'Obstétrique, 2010, n°392, p.6-17
- P. Merviel, R. Cabry, E. Lourdel et al., La révision de la loi de bioéthique : analyse comparative des contributions des différents organismes publics ou professionnels, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2009, vol 37, n° 9, p.733-741
- R. Frydman, Contre la grossesse pour autrui (GPA), Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2010, vol 38, n° 3, p.224-225
- S. de Montgolfier, Maternité pour autrui - du désir d'enfant à l'enfant à tout prix, Médecine Science, 2009, vol. 25, n° 4, p.419–422
- The Royal College of Midwives, Position paper n°18, Surrogacy : defining motherhood, 1997

Annexes

Annexe 1 : questionnaire

Questionnaire gestation pour autrui (GPA)

Présentation

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme à l'école de sages-femmes de Nantes et je réalise mon mémoire de fin d'études sur la place des soignants autour de la GPA. Il s'agit d'une pratique permettant à un couple dont la femme ne possède pas d'utérus, ou dont l'état de santé ne permet pas de mener une grossesse, d'avoir un enfant par l'intermédiaire d'une gestatrice. Il faut préciser qu'il s'agit ici uniquement de gestation pour autrui, où la gestatrice n'a pas de lien génétique avec l'enfant, issu des gamètes des parents d'intention; par opposition à la procréation pour autrui où l'enfant est affilié biologiquement à la femme qui le porte. Je souhaite évaluer l'avis des professionnels sur cette pratique, qui est toujours interdite en France à ce jour, et la manière dont vous imagineriez sa prise en charge si cette pratique était légalisée.

Ce questionnaire est anonyme. Je vous remercie d'avance pour votre participation, et pourrai, si vous le souhaitez, vous transmettre l'exploitation des résultats.

GUILLOUX Amélie

Si vous souhaitez être informé(e) des résultats de cette étude, laissez-moi une adresse mail anonyme pour que je vous les communique :

Questionnaire

I- Informations personnelles

* Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme

* Votre âge : _____ ans

* Votre profession :

☐ sage-femme en structure publique (CH, CHU, PMI)

☐ sage-femme en structure privée

☐ sage-femme cadre en structure publique

☐ sage-femme cadre en structure privée

☐ sage-femme libérale

☐ étudiant(e) sage-femme

☐ gynécologue-obstétricien

☐ interne en gynécologie-obstétrique

☐ autre : _____

* Merci d'indiquer, le cas échéant, votre année d'études :

☐ L2

☐ ESF3

☐ ESF4

☐ ESF5

* Avez-vous des enfants ?

☐ oui

☐ non

* Avez-vous été concerné(e) par l'infertilité ?

☐ oui

☐ non

* Si oui, avez-vous eu besoin de l'aide de la médecine pour concrétiser votre projet d'enfant?

☐ oui

☐ non

II- Gestation pour autrui

1- Opinion / expérience personnelle

* Pensez-vous que la GPA devrait être autorisée en France ?

☐ oui

☐ non

☐ ne se prononce pas

Pourquoi ?

* Avez-vous déjà pris en charge une gestatrice, ou reçu une demande de GPA de la part d'un couple ?

☐ oui

☐ non

Si oui, souhaitez-vous en dire plus ?

* Quel type de réponse avez-vous donné ou donneriez-vous dans le cas d'une demande de la part d'un couple ?

2- Suivi de la gestatrice pendant la grossesse

* Souhaiteriez-vous savoir si votre patiente est une gestatrice ?

☐ oui

☐ non

☐ ne se prononce pas

Pourquoi ?

* Lors d'une consultation avec la gestatrice, comment appelleriez-vous l'enfant qu'elle porte ? Pourquoi ?

* Lors d'un monitoring, ou d'une échographie, serait-il souhaitable de proposer à la femme de couper le son de l'appareil, ou de tourner l'écran afin qu'elle ne voie pas l'image ?

☐ oui

☐ non

Pour quelles raisons ?

3- Place des parents intentionnels pendant la grossesse

* Quelle serait, selon vous, la place des parents d'intention dans le suivi de la grossesse ?

- ☐ aucune place en raison du secret médical
- ☐ place d'accompagnants au même titre qu'un conjoint, ou une personne de confiance
- ☐ autre : _____

Souhaitez-vous en dire plus ?

* L'échographie vous paraît-elle un moment privilégié pour justifier de la présence des parents d'intention ?

- ☐ oui ☐ non

Pourquoi ?

* Quelles seraient, selon vous, les informations que les parents d'intention pourraient connaître à propos de la gestatrice avant le début de la grossesse? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ antécédents médicaux/chirurgicaux
- ☐ antécédents gynécologiques
- ☐ antécédents obstétricaux
- ☐ addictions éventuelles
- ☐ sérologies
- ☐ autre : _____
- ☐ aucune information

* En cas d'anomalie fœtale détectée au cours de la grossesse, qui pourrait être informé ?

- ☐ la gestatrice
- ☐ le couple intentionnel
- ☐ les deux

* En cas d'anomalie détectée au cours de la grossesse, qui pourrait participer à la décision d'IMG?

- ☐ le couple intentionnel
- ☐ la gestatrice
- ☐ un staff médical

Pourquoi ?

4- Suivi de la gestatrice, à l'accouchement

* Trouvez-vous des similitudes entre l'accouchement d'une gestatrice et l'accouchement sous X ?

- ☐ beaucoup de similitudes
- ☐ quelques similitudes
- ☐ aucune similitude

Souhaitez-vous en dire plus ?

* Pour sa prise en charge en salle de naissance, pensez-vous que l'on pourrait proposer à la gestatrice :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas
D'éteindre le son du monitoring	☐	☐	☐	☐	☐
De lui présenter l'enfant ou non	☐	☐	☐	☐	☐
De prendre l'enfant en peau à peau	☐	☐	☐	☐	☐
De proposer une tétée d'accueil	☐	☐	☐	☐	☐
De lui laisser l'enfant pendant les 2H du post partum immédiat en salle de naissance	☐	☐	☐	☐	☐
De lui laisser l'enfant pendant tout le séjour à la maternité	☐	☐	☐	☐	☐

Souhaitez-vous développer vos réponses ?

* Dans quel service la gestatrice devrait-elle être hospitalisée ensuite ?

☐ en suites de couches

☐ en gynécologie

☐ autre : _____

Pourquoi ?

* Avez-vous des propositions pour la prise en charge de ces femmes ?

5- Place des parents intentionnels pendant l'accouchement

* Pensez-vous que les parents intentionnels soient à leur place en salle d'accouchement ?

☐ seulement la mère

☐ la mère et le père

☐ aucun des deux

Si oui, comment envisageriez-vous de la/les y accueillir ?

Si non, à quel moment pourraient-ils rencontrer l'enfant pour la première fois ?

6- Après la naissance

* Pensez-vous qu'il faudrait laisser une période de rétractation à la gestatrice, lui permettant de garder l'enfant ?

☐ oui

☐ non

☐ ne se prononce pas

Si oui, combien de temps et à qui serait-il confié pendant cette période?

* A quel moment remettrait-on l'enfant à ses parents ?

☐ dès la naissance

☐ après la déclaration de l'enfant à l'état civil

☐ après deux mois comme une adoption après un accouchement sous X

☐ autre : _____

Pourquoi ?

* Devrait-on laisser la possibilité de maintenir un lien entre l'enfant et le gestatrice ?

☐ oui

☐ non

☐ ne se prononce pas

Si oui, quel type de lien ?

☐ maternel

☐ familial

☐ amical

☐ autre : _____

* Souhaitez-vous ajouter quelque chose à propos de la GPA et de sa prise en charge ?

* Si dans votre entourage proche un couple est dans l'impossibilité de concevoir un enfant, accepteriez-vous de le porter pour eux, ou que votre femme le fasse ?

☐ oui

☐ non

☐ ne se prononce pas

Pourquoi ?

Merci de votre participation

Résumé

Aujourd'hui, la gestation pour autrui est prohibée par la loi en France. Cependant, cette pratique fait l'objet d'un débat de plus en plus important au sein des parlementaires, des professionnels de santé concernés et même de l'ensemble des citoyens.

Le but de cette étude était de déterminer l'opinion des professionnels de santé de la maternité du CHU de Nantes vis-à-vis de la gestation pour autrui, et leur avis sur la prise en charge de ces grossesses particulières.

Il en ressort que les soignants interrogés ont des avis très partagés sur la question, et ils sont moins de la moitié à être pour une levée de l'interdiction. Cependant, ils préconisent en majorité un suivi psychologique pour la gestatrice, une implication des parents intentionnels tout au long du suivi de la grossesse à discuter au cas par cas avec la gestatrice, une impossibilité pour elle de se rétracter et de garder l'enfant, et la possibilité pour le couple de faire une demande d'IMG en cas de malformation fœtale.

Mots clés : Gestation pour autrui, GPA, mère porteuse, assistance médicale à la procréation, AMP, sage-femme, obstétricien, prise en charge, suivi de la grossesse et de l'accouchement

Abstract

Nowadays, in France, surrogate motherhood is prohibited by law. However, this practice is subject to a debate increasingly significant among parliamentarians, concerned health professionals and even all French citizens.

The aim of this study was to determine the opinion of health professionals from the maternity unit of the University Hospital of Nantes about surrogacy and the care of these particular pregnancies.

The results show that they are really divided on this subject, and less than half of them are in favor of an authorization of surrogacy. However, the most of them recommend a psychological care for the surrogate mother, that the involvement of intended parents all along pregnancy care must be discussed with the surrogate anytime, that she won't be able to retract and keep the baby, and the possibility for the couple to ask for a termination of pregnancy for fetal abnormality.

Keywords: Surrogacy, surrogate motherhood, assisted reproductive technology, A.R.T., midwife, obstetrician, pregnancy and childbirth monitoring