

GESTATION POUR AUTRUI

POUR UNE ÉVALUATION OBJECTIVE ET CONTRADICTOIRE

Petit inventaire des arguments « pour » ou « contre » et de la conduite adoptée selon les pays.

Roger Henrion

Membre de l'Académie nationale de médecine, 16, rue Chardon-Lagache, 75016 Paris
roger.henrion@netcourrier.com

La « gestation pour autrui » caractérise le fait pour une femme de porter un enfant pour le compte d'un couple qui en a assuré le projet, la conception, et à qui il sera remis après sa naissance. Interdite en France, mais pratiquée depuis plusieurs décennies dans certains pays étrangers,¹ la gestation pour autrui est l'objet d'un débat social de plus en plus intense à l'approche de la révision de la loi de bioéthique.

Plusieurs arguments « pour »

Des indications médicales

C'est en effet la seule possibilité offerte à une femme qui, souffrant d'une stérilité d'origine utérine, n'a pas renoncé à devenir mère d'un enfant porteur de ses propres gènes et de ceux de son conjoint. La première indication est l'absence d'utérus, qui peut être congénitale (syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser), ou chirurgicale après une hystérectomie faite en raison d'une hémorragie de la délivrance, d'un placenta *prævia*, ou d'un cancer survenant dans l'enfance ou à l'adolescence. La deuxième indication est la présence d'anomalies de l'utérus dues à des malformations utérines, une prise de diéthylstilbestrol (Distilbène) par la mère de la femme pendant sa grossesse, ou des synéchies traumatiques. La troisième indication est l'existence d'avortements spontanés, de grossesses

extra-utérines ou de morts fœtales à répétition ou d'échecs répétés de fécondation *in vitro*. Enfin, il peut arriver que la grossesse mette en jeu la vie de la mère. Or, cette infertilité est perçue par les femmes comme une souffrance et une injustice. D'une part, parce que leur fonction ovarienne étant le plus souvent normale, elles peuvent concevoir et ne se considèrent pas comme stériles. D'autre part, parce que la stérilité d'origine utérine reste la seule forme pour laquelle, à ce jour, il n'existe aucune alternative médicale. Ni la transplantation d'utérus,² ni la reconstruction d'un utérus à partir de cellules souches ou de fragments tissulaires ne peuvent être envisagées.

Difficultés de l'adoption et bonne tolérance psychique

L'adoption, qui semble à beaucoup être la meilleure solution, reste difficile en France. La demande annuelle dépasse très largement l'offre, et l'adoption internationale n'est pas un succès. Si bien que la solution actuelle choisie par de nombreux couples est le recours à la gestation pour autrui à l'étranger. Mais, outre les difficultés juridiques concernant la filiation des enfants à leur retour en France, cette solution est très onéreuse et aboutit à une discrimination par l'argent.

Par ailleurs, l'analyse des résultats publiés dans la littérature étrangère semble satisfaisante,^{3,4} à cette nuance près

que ces travaux manquent souvent de recul. Les gestatrices ne semblent pas éprouver de souffrance psychologique particulière après la naissance de l'enfant. N'étant ni les mères génétiques, ni les mères affectives, ni les mères sociales de l'enfant, elles ne se ressentiraient pas comme la mère de l'enfant qu'elle porte. Les enfants ainsi nés ne semblent pas avoir, non plus, de risques psychiques particuliers. Ils seraient même mieux équilibrés que les enfants conçus naturellement, car plus entourés par leurs parents. De plus, il semblerait plus facile de leur annoncer la manière dont ils ont été conçus que dans les autres modes de procréation médicalement assistée. Quant aux couples d'intention, ils semblent, en majorité, satisfaits de la solution qu'ils ont adoptée.

D'autres arguments « contre »

Des arguments d'ordre éthique et moral

Le premier est l'interdiction de la commercialisation du corps, qui n'est pas un objet et n'a pas le statut d'une propriété susceptible d'être louée ou vendue. On peut en rapprocher la répulsion éprouvée devant le fait qu'un enfant puisse être l'objet d'un contrat comme s'il était un produit négociable.

L'asservissement de la femme est l'autre grand principe invoqué. De fait, on

retrouve souvent la notion d'un décalage dans les niveaux économiques et sociaux en faveur des couples d'intention. L'abandon organisé de l'enfant est également très mal ressenti. Mais ce qui suscite les plus violentes réactions est l'atteinte à la valeur symbolique de la maternité que constitue la dissociation entre la grossesse et l'accouchement d'une part, la filiation d'autre part, la mère n'étant pas celle qui accouche.

À l'opposé sont invoqués d'autres principes : le libre arbitre des femmes, et le droit de disposer de leur corps.

D'autres arguments font appel à la raison

Ce sont d'abord les risques courus par la gestatrice et l'enfant. La gestatrice devant être jeune et avoir déjà accouché normalement, les complications physiques devraient être limitées pour la mère et l'enfant. Il n'en va pas de même au plan psychologique. Les sentiments de la gestatrice à l'égard de l'enfant peuvent évoluer au cours de la grossesse et se manifester par une sévère dépression après la naissance. De même, pour l'enfant, se produit une coupure radicale avec tout ce qu'il a connu au cours de sa vie intra-utérine. Il peut aussi être mal accueilli par les parents d'intention, incapables de jouer pleinement leur rôle. À l'adolescence, l'enfant peut aussi souffrir « d'avoir été donné ».

D'autre part, la gestation pour autrui peut être à l'origine de problèmes complexes. En cas de grossesse multiple, si une réduction embryonnaire est envisagée, qui prendra la décision ? La gestatrice ou les parents d'intention ? Devant un grand prématuré ou lors d'une souffrance fœtale grave, qui décidera du bien-fondé ou de l'arrêt éventuels de la réanimation ? Si l'échographie révèle une malformation, qui prendra la décision d'interrompre la grossesse ou de la laisser se poursuivre ? À tout le moins, les événements doivent être clairement exposés aux divers intervenants et un consentement libre et éclairé dûment recueilli avant le début de la grossesse.

Autre source d'imbroglio, le couple d'intention peut refuser l'enfant ou la gestatrice changer d'avis au cours de la grossesse ou après l'accouchement. Sans parler de la séparation éventuelle du couple d'intention, voire d'un décès accidentel. L'enfant risque alors de ne plus être l'enfant de personne. Quant à la famille de la gestatrice, elle n'est pas non plus à l'abri d'un grand malaise. Enfin, très préoccupants sont les demandes de pure convenance devenues fréquentes aux États-Unis et l'essor de la commercialisation.

Deux cas particuliers doivent être distingués

Si la gestatrice est aussi la mère biologique, elle peut se sentir coupable d'abandonner son enfant et refuser de le remettre à la naissance.

Si la gestatrice est choisie dans la famille, un brouillage des repères généalogiques, des conflits familiaux peuvent se produire. Cette dernière possibilité devrait être discutée au cas par cas.

Quelle conduite adoptée dans les autres pays ?

La prohibition est, pour le moment, appliquée en Europe par l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Portugal, l'Autriche, la Norvège, la Suède et la Suisse. Dans d'autres pays, la gestation pour autrui est tolérée (Belgique, Danemark, Pays-Bas, Finlande), ou légalisée (Royaume-Uni et Grèce) avec des modalités fondamentalement différentes. Aux États-Unis, il n'existe pas de loi fédérale et les États ont des législations variées. Une minorité accepte la gestation pour autrui, dont la Californie où la jurisprudence accorde la filiation à la mère génétique. En France, la commission des Affaires sociales du Sénat⁷ a proposé une dépénalisation, assortie de conditions strictes. En revanche, l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques⁸ et l'Académie nationale de médecine⁹ se sont prononcés pour le maintien de l'interdiction. Quant au Conseil

d'État,¹⁰ il a rejeté toute dépénalisation tout en suggérant de prendre en compte le devenir des enfants issus de cette pratique. Quoi qu'il en soit, l'Académie nationale de médecine a insisté sur l'absolue nécessité, en cas de modification législative, d'une phase d'évaluation très encadrée assurant une analyse objective et contradictoire des données recueillies. Une telle démarche pourrait s'inspirer des dispositions de la loi de bioéthique de 2004 concernant la recherche sur l'embryon qui, tout en maintenant le principe de l'interdiction, a admis par dérogation la possibilité de recherches soumises à un encadrement strict. •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Utian WH, Sheehan L, Godfarb JM, Kiwi R. Successful pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N Engl J Med* 1985;313:1351-2.
2. Fageeh W, Raffa H, Jabbad H, Marzouki A. Transplantation of the human uterus. *Int J Gynecol Obstet* 2002;76:245-51.
3. Serafini P. Outcome and follow-up of children born after IVF-surrogacy. *Hum Reprod Update* 2001;7:23-7.
4. Ciccarelli J, Beckman LJ. Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. *J Soc Issues* 2005;61:21-43.
5. Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update* 2003;9:483-96.
6. Golombok S, Murray C, Jadva V, Lycett E, Maccallum F, Rust J. 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;21:1918-24.
7. André M, Milon A, de Richemont H. Contribution à la réflexion sur la maternité pour autrui. Les rapports du Sénat 2007-2008;421:77-8.
8. Ctaeys A, Vialatte JB. La loi de bioéthique de demain. Rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2008;107:138-57.
9. Henrion R, Bergolghnan-Esper CL. La gestation pour autrui. Rapport de l'Académie nationale de médecine, 10 mars 2009. *Bull Acad Natle Med* 2009;193(3):583-618.
10. Conseil d'État. La révision des lois de bioéthique. Les études du Conseil d'État. Rapport 2009;47-51.