



C.L.A.R.A.

**Pour la reconnaissance de la gestation
pour autrui éthique :
Résumé des constats et propositions,
par l'Association C.L.A.R.A.**

**(Document support de l'audition du 22 mars
2011 par la Commission des lois du Sénat)**

C.L.A.R.A.

<http://claradoc.gpa.free.fr>

claradoc@gpa.free.fr

283 rue des Pyrénées - 75020 PARIS

Pour la reconnaissance de la gestation pour autrui éthique :

Résumé des constats et propositions, par l'Association C.L.A.R.A.

1. Pourquoi autoriser la gestation pour autrui ?

1.1 La gestation pour autrui est la seule réponse pour les femmes ne pouvant porter un enfant

La « Gestation Pour Autrui » (dont l'acronyme est GPA) est une expression qui a été consacrée par le droit français lors des lois de bioéthique de 1994. C'est le fait pour une femme, de porter l'embryon conçu avec les gamètes (ovules et spermatozoïdes) d'un couple infertile par Fécondation In Vitro (ou d'un(e) tiers(ce) donneur(se)) jusqu'à la naissance de l'enfant. Cette pratique se différencie donc totalement de celle dite des « mères porteuses » (que le droit nomme « procréation pour autrui »), qui donnent en plus leur patrimoine génétique et ont été les actrices directes de la conception (la rencontre des gamètes après avoir été inséminées artificiellement). Cette différence fondamentale n'est pas seulement biologique, elle influence fortement la perception du rôle de la mère porteuse par son conjoint, ses enfants et elle-même. Ainsi, accueillir un embryon étranger à sa famille génère bien moins d'ambiguïté que recevoir dans son corps le sperme d'un homme qui n'est pas son conjoint et participer à la conception d'un embryon.

La Gestation Pour Autrui (appelée aussi « don gestationnel ») ne suppose pas quant à elle l'anonymat de « celle qui portera », et exige des liens très forts entre celle qui fera « un don gestationnel » et la « mère d'intention », liens qui se tissent tout au long de la « grossesse partagée », et qui durent souvent toute la vie. Cette procédure d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est donc loin d'une réalité honteuse, elle s'articule autour des notions de don et de vie. Grâce à l'aide d'une femme, elle permet à un couple infertile de sortir d'une situation de souffrance et de devenir parents.

L'infertilité utérine représente 3% de l'infertilité féminine (1). Les causes principales par ordre décroissant (2) sont notamment l'hystérectomie (conséquence d'un cancer de l'utérus, d'un cancer de l'endomètre ou d'hémorragie, 70 000 femmes par an subissent une ablation de l'utérus (3) et 10% d'entre elles ont moins de 40 ans), le syndrome MRKH (1 femme sur 4500), l'exposition aux Distilbène (DES), certaines formes d'endométriose, le syndrome d'Asherman et la présence de risques médicaux sévères (vitaux) liés à l'état de grossesse. La connaissance de la souffrance des couples infertiles et ses conséquences (dépressions, suicides) et la difficulté des parcours d'AMP relativise la question de la « médecine de convenance ». Au final, en prenant les hypothèses les plus restrictives, notamment en considérant qu'une majorité de femmes qui ont subi une hystérectomie avant 40 ans ont mené

auparavant une grossesse, ce sont chaque année au minimum deux milliers de femmes qui viennent s'ajouter à celles qui souffrent d'infertilité utérine.

La seule solution médicale existante est la gestation pour autrui qui inclut la technique de Fécondation In Vitro. Avant même d'être appliquée, cette technique a été envisagée sous toutes ses conséquences possibles lors des travaux du premier comité éthique national au monde, la « National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research » qui a vu le jour en 1974. Le rapport qui a suivi intitulé « Support of Research Involving Human In Vitro Fertilization and Embryo Transfer » (4) publié par l' « Ethics Advisory Board » en 1979 en décrit tous les bénéfices et risques envisagés, ainsi que les objections formulées et les réponses apportées. Trente années plus tard, aucune objection nouvelle n'a été confirmée.

La probabilité de naissance par cycle de FIV pour la GPA est de 33% (1). Les registres américains (1) indiquent pour l'année 2009 342 naissances par GPA tandis qu'au Canada 57 naissances par GPA ont été enregistrées en 2008 (5). Néanmoins, ces chiffres ne correspondent qu'au cas de cycles de GPA utilisant des embryons frais et sans don d'ovocytes, et donc ne comptabilisent pas les GPA avec des embryons congelés ou avec des dons d'ovocytes. De plus, une minorité de cliniques aux USA ne remontent pas leurs résultats au niveau national. Pour ces raisons, il est raisonnable d'estimer que le nombre de naissances au double de ces chiffres. Si l'on projette ces chiffres sur la France au regard de sa population, mais aussi d'un recours plus fréquent à l'AMP en cas d'infertilité du fait de sa prise en charge par la sécurité sociale contrairement aux USA et au Canada (qui rembourse la FIV seulement depuis 2010), on peut estimer que si la France légalisait la GPA dans le cadre de l'AMP, il y aurait entre 200 et 1000 naissances chaque année grâce à ce recours.

Depuis 1984, année de la première GPA, plus de 25 000 enfants sont nés par cette méthode et plus de 300 études cliniques y ont été consacrées. Elles démontrent un développement psychosocial des enfants équivalent voire supérieur aux autres (6) (7) (8) (9) (10) (11), une motivation principalement altruiste des gestatrices (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22), et la plupart du temps une information faite aux enfants sur leurs conditions de naissance (8) (9) (10) (11).

1.2 La gestation pour autrui est plébiscitée par les Français au titre de l'égal accès aux soins

Pour les couples infertiles, la loi française entraîne une inégalité de soins puisqu'une forme d'infertilité n'est pas soignée (l'infertilité utérine) au contraire des autres qui le sont par don de sperme ou ICSI (injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde dans l'ovule), don d'ovule ou FIV. Ce sentiment est partagé par les Français qui, dans tous les sondages (Infra Forces pour l'Agence de la biomédecine en janvier 2007, TNS Sofres en juin 2008,

IPSOS en décembre 2008 (23), Adwise en octobre 2009 (24) sont très majoritairement favorables à la légalisation de la gestation pour autrui. Ainsi ce sont 65 % des Français qui se déclarent favorables à la légalisation de la gestation pour autrui. Cette proportion monte à 68 % chez les femmes et à 71% chez les 25-34 ans. De même, ce sont maintenant 55 % des Français (seulement 42% lors du sondage de décembre 2008) qui affirment qu'ils auraient recours à une mère porteuse si cela devenait légal et qu'ils ne pouvaient avoir d'enfants. Information très importante, 39 % de femmes se déclarent prêtes à porter l'enfant d'autrui (pour un membre de leur entourage, sinon le nombre est de 17%), ce qui est une proportion très supérieure à celle des femmes ayant une indication pour la GPA (0,5%) et infirme l'idée d'un manque de vocations.

Sur le plan médical, l'évolution des mentalités s'est faite dans la même direction positive tant au niveau européen, E.S.H.R.E. en 2005 (25), que français, GEFF, BLEFCO, CNGOF, SFG et FNCGM en 2008 (26). La gestation pour autrui est également reconnue comme une technique médicale d'AMP par l'Organisation Mondiale de la Santé (27).

Les états généraux de la bioéthique n'ont pas remis en cause cette évolution, en se contentant de condamner la marchandisation du corps humain sans en donner le sens ou les critères. Ceci étant probablement le résultat des nombreux biais relevés sur la sélection des panels des citoyens devant donner leur avis, leur formation (très courte) et l'organisation des débats. Ainsi, les nombreuses questions fondamentales comme le statut de la gestatrice et la filiation des enfants n'ont pas été abordées, le débat restant pour l'essentiel sous des angles moralistes, fantasmés voire anecdotiques (sous l'angle des faits divers) ou reprenant des slogans inspirés de certains ouvrages édités fort à propos.

1.3 Des contre-vérités, tant sur le plan juridique que psychologique

Dans la quasi-totalité des critiques faites lors du « débat national » par les détracteurs idéologiques de la GPA, force est de constater qu'elles ne sont pas étayées par des faits réels, ou que ces faits sont délibérément niés.

Tout d'abord, en mélangeant sous le vocable de « mère porteuse » la procréation pour autrui et la gestation pour autrui alors que ces pratiques sont différentes et appellent des régulations différentes. De fait, nombre d'états (américains par exemple) interdisent la procréation pour autrui, mais autorisent et encadrent la gestation pour autrui. De fait, la plupart des problèmes divers opposés à la GPA relèvent seulement de cas de procréation pour autrui (29) (30), que sa simplicité de mise en œuvre médicale rend plus difficile à contrôler comme l'atteste l'expérience britannique (15).

Il en est de même de l'argument d'une prétendue « tendance européenne » contre la GPA. Seules l'Angleterre et la Grèce autoriseraient la GPA, tandis que la France, l'Italie, l'Allemagne et la Suisse l'interdiraient et que les Pays bas la toléreraient. Tout d'abord, si nous parlons d'Europe des 27, il faut d'une part exclure la Suisse, et d'autre part ajouter la Roumanie, la Hongrie, l'Irlande, la Pologne, la République Tchèque, et la Belgique dans la liste des pays qui autorisent sans encadrer la GPA, et le Danemark et les Pays-Bas dans la liste de ceux qui l'autorisent et l'encadrent. Pour ce dernier pays, au lieu d'une prétendue « tolérance » de la loi, il faut rappeler qu'il a interdit en 1986 toute forme de GPA pour ensuite l'autoriser et l'encadrer légalement dans le cadre strict du don (22). A ce stade, il faut noter qu'aucun pays au monde n'est revenu en arrière après avoir instauré une loi autorisant et encadrant la GPA. Au contraire, certains pays comme précisément les Pays-Bas, mais aussi certains états américains (Utah) ou australiens ont remplacé leurs lois de prohibition par des lois d'autorisation encadrée, ce qui invalide la thèse de l'impossibilité d'endiguer les dérives ou celle d'un prétendu « moins-disant éthique » des pays qui légalisent la GPA. D'autre part, si on parle d'Europe en tant que continent, nous pouvons alors réintégrer la Suisse, mais il faudrait également rajouter la Géorgie, la Biélorussie, l'Ukraine et la Russie sur la liste des pays autorisant et encadrant la GPA.

Il en est de même pour l'argument ressassé de la « marchandisation du corps humain ». Or, il porte non-seulement sur la participation corporelle à la recherche, à la production et à la validation des médicaments et produits dérivés du corps humain, mais aussi sur la place de l'industrie du médicament dans les politiques de santé, ou dans un autre domaine sur la place de la santé au travail. La Convention d'Oviedo sur la biomédecine et les droits de l'homme donne une idée de sa complexité et de son étendue. Réduire cette question à la GPA pour ensuite n'y répondre que par une affirmation d'exploitation des femmes relève de l'escroquerie intellectuelle. Cette posture portée par certaines féministes consiste à affirmer que les gestatrices seraient toujours « pauvres et exploitées ». Ce serait d'abord sous-estimer la personnalité, ainsi que la démarche volontaire et raisonnée de ces femmes remarquables qui décident de porter un enfant pour une autre. Notons que cette accusation n'est pas nouvelle. En 1988, les parlementaires américains dans le cadre d'une étude très documentée (12), ont interrogé plus de 300 mères porteuses sur leur niveau de revenus et d'études. Les résultats ont démontré que ces femmes étaient sur ces deux questions statistiquement représentatives des femmes américaines d'un âge comparable. Plus d'une centaine d'études sociologiques sur les gestatrices ont été faites rien qu'en Angleterre, au Canada et aux USA. Le Professeur Karen Busby les a listées et en a fait la synthèse dans une étude (13). Elle conclue que les arguments de réification et d'exploitation des femmes qui sont avancés contre la GPA ne se retrouvent pas dans la réalité vécue par les femmes qui portent l'enfant d'autrui, et qu'au contraire leur consentement libre et éclairé est bien réel.

Ainsi, sans dénier les risques relatifs à toute grossesse, les études réalisées par les pays qui encadrent la gestation pour autrui (majoritairement britanniques, mais aussi canadiennes, américaines, israéliennes, finlandaises, belges ou hollandaises) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) attestent que ces femmes le font par vocation altruiste, ont eu des grossesses faciles pour elles-mêmes, et ont une éducation et une situation financière qui ne relèvent pas de la vulnérabilité (12) (14) (19) (20). Ainsi, ni les couples infertiles ni les professionnels qui travaillent dans l'environnement de la GPA ne veulent prendre le risque d'une candidate gestatrice fragile au plan médical ou psychologique, ou qui serait motivée par la détresse financière. Le choix caricatural de nier l'existence et les résultats de ces nombreuses études et de s'en référer quasi exclusivement à quelques reportages sur l'Inde - pays où il n'existe d'ailleurs pas de loi encadrant la GPA et où la pauvreté peut fausser le consentement libre et éclairé - n'a d'autre but que de provoquer un effet repoussoir. En réalité, en 25 années d'expérience de GPA, la plupart des quelques cas problématiques ont été le fait des gestatrices au détriment des couples infertiles, au travers de pressions financières (15) (29) (30) souvent accompagnées de fausses déclarations sur le plan médical (29) (30).

Un autre préjugé concerne la question de l'attachement du bébé à la mère. Dans l'état actuel de la science, il est assez difficile de caractériser la part de la construction psychologique de la maternité affectant la mère pendant la grossesse qui se transmet durablement à l'enfant. L'anthropologie et la psychologie en matière d'adoption nous apprennent que l'attachement s'observe lors des premiers jours des échanges mère-nourrisson (31) (32). La science observe également que les transformations cérébrales et hormonales ont lieu chez les mères qui agissent en tant que telles, et ceci qu'elles aient porté l'enfant ou non (33). Sur le plan clinique, les anthropologues, sociologues et psychologues qui ont étudié sur le terrain (34) nous indiquent que tous les parents d'intention suivent, autant que possible, les diverses étapes de la conception et de la grossesse (ils sont notamment présents à l'occasion des visites chez le médecin et aux séances d'échographies), si bien que l'on peut parler d'une « grossesse partagée ». Certains observent que le ressenti d'un corps fusionnel entre les deux mères est orchestré par les échographies prénatales où, dans un contexte qui encourage la GPA en l'encadrant, le corps médical accentue et légitime le fait que la future naissance est le fruit de la collaboration de deux femmes. C'est la mère d'intention qui coupe ainsi le cordon à l'accouchement. Elly Teman (19) insiste sur le fait que tous les protagonistes de la GPA, médecins compris, œuvrent dans le même sens, montrant ainsi la non-pertinence de l'opposition entre une gestatrice enceinte mais non mère et une mère d'intention non enceinte mais mère. Notons également que toutes les études précitées sur le bien-être des enfants nés par GPA constatent une absence de trouble de l'attachement, trouble que l'on constate chez une proportion non-négligeable d'enfants adoptés et même chez des enfants nés sans l'aide d'un tiers.

Face à cette réalité observée partout et depuis longtemps, les détracteurs de la GPA prétendent d'une part qu'il n'existe aucune étude sur le sujet et brodent leur interprétation erronée d'une situation complexe. De ces « linéaments mnésiques de la préhistoire fœtale » dont R. Diatkine psychiatre et psychanalyste, nous dit « qu'ils doivent être évalués à leur juste place et qu'il serait déraisonnable de donner aux découvertes sur la vie nerveuse fœtale une importance mythique», ils font le cadre indépassable de la maternité. Et dont la rupture ne serait rien de moins qu'un abandon d'enfant.

Or, faut-il le préciser, un enfant né par GPA est un enfant désiré, et nullement abandonné puisque ses parents désirants l'accueillent dès la naissance. La mère d'intention bien souvent l'allait. Cette image d'Épinal qui consacrerait la prévalence du biologique ou de l'instinct animal chez la femme- tandis que la parenté masculine serait faite de raison- est depuis longtemps dénoncée par la philosophe Elisabeth Badinter (35).

Cette rhétorique volontairement négative mêle « psychanalyse de bazar » selon l'expression de Geneviève Delaisi de Parseval, et volonté délibérée de méconnaissance du terrain et du droit. Mélange que Denys de Béchillon, juriste, a dénoncé comme « la rencontre de la science du droit comme prêche et de la psychanalyse comme morale » (36).

1.4 L'exemple d'autres pays démocratiques a mis en exergue le besoin et l'efficacité d'un encadrement légal

Selon l'enquête non-exhaustive réalisée par l'IFFS (International Federation of Fertility Societies) en 2010 (26) La gestation pour autrui est légalement encadrée dans la plupart des états des USA et des provinces du Canada, en Australie, au Royaume Uni, en Israël, en Russie, en Géorgie, en Ukraine, en Biélorussie, au Pays-Bas, au Danemark, en Nouvelle Zélande, en Corée du Sud, en Iran, au Brésil, en Argentine, en Arménie, en Afrique du Sud, en Thaïlande et en Grèce. Dans des pays comme la Hongrie, l'Irlande, le Cameroun, la Côte d'ivoire, le Ghana, le Kenya, le Niger, l'Ouganda, la Colombie, le Mexique, le Panama, le Pérou, le Salvador, le Venezuela, le Liban, la Roumanie, la Pologne, la République Tchèque, la Bulgarie, la Belgique et l'Inde, la loi autorise la GPA sans l'encadrer, mais laisse la régulation des pratiques se faire au travers des codes de santé quand ils existent. Néanmoins, des projets de loi sont en cours dans ces derniers pays pour réguler les pratiques dans un cadre plus strict de consentement libre et éclairé, mais aussi pour traiter les questions de filiation.

Il est à noter que la plupart de ces pays ont fait une différence entre la gestation pour autrui et la procréation pour autrui. Cette dernière est généralement soit interdite, soit relevant du dispositif légal de l'adoption (USA et

Canada par exemple). De même, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît et suit la GPA au contraire de la procréation pour autrui (28).

Nombre des pays qui ont voté un cadre législatif d'encadrement éthique de la GPA sont l'objet d'études de l'impact et de l'efficacité des dispositifs mis en place (2) (15) (17) (18) (20) (21) (22). Ils témoignent d'une situation apaisée où le problème majeur concerne la prise en charge financière de l'infertilité par la collectivité, et très peu de problématiques liées à ces familles que la pratique de la GPA a permis de créer. La pratique de ces législations mises en place devrait d'une part nous interdire d'affirmer qu'il n'est pas possible d'empêcher les dérives en légalisant la GPA. Au contraire, la totalité des études effectuées sur le bien-être et la maturité psychosociale des enfants nés par GPA, sur la qualité de l'attachement parents-enfants (6) (7) (8) (9) (10) (11) nous indiquent à la fois l'intérêt de la GPA mais aussi l'importance de leviers et de bonnes pratiques dans la réussite de ces parcours. La France ne peut pas se contenter de se déclarer « perplexe et interrogative » sur la mise en place de conditions d'accès des candidats parents ou gestatrices (comme le dit le Comité d'orientation de l'Agence de la Biomédecine), autrement dit, justifier un choix de nature idéologique par un défaut de compétences.

1.5. La prohibition pousse les couples à l'exode et pose des problèmes inextricables de filiation, au détriment de l'intérêt des enfants

C'est bien la prohibition actuelle en France qui pousse les couples à se rendre dans des pays où la gestation pour autrui n'est pas forcément encadrée, et donc à s'exposer à des dérives commerciales, à du chantage affectif voire à des problèmes médicaux, et dans tous les cas à des problèmes très complexes de filiation. Pire, si ces couples se rendent dans un pays qui ne reconnaît pas le droit du sol (Inde ou Ukraine par exemple), l'enfant sera apatride et faute de passeport ne pourra rentrer dans le pays de ses parents d'intention. Les media se sont ainsi fait l'écho de couples coincés dans ces pays et qui ont dû se résoudre à confier l'enfant à un orphelinat local, ce qui montre à l'évidence que ces pays ne sont pas l'eldorado ou le point central de la GPA comme certains voudraient le faire croire.

L'on constate d'ailleurs une recrudescence de cet exode procréatif et de la pratique clandestine en France. Ainsi, tout accouchement sous X est déclaré aux équipes de la DAS dans les hôpitaux et il y a systématiquement une enquête ordonnée au plan local. Les couples s'exposent donc à des poursuites judiciaires qui ne sont pas dans leur intérêt ni bien sûr dans celui de l'enfant. D'où l'urgence à légiférer et à conférer aux enfants un statut équitable.

2. Nos propositions :

2.1. A très court terme : assurer la filiation des enfants déjà nés par GPA (évalué à un millier), dans leur intérêt, et en prenant en compte la place de la gestatrice

- Régulariser la situation de tous les enfants nés par GPA, dans un pays qui encadre cette pratique, de parents français, en leur conférant une filiation stable et complète vis-à-vis du père et de la mère d'intention.
- Au plan juridique, il conviendra de supprimer du droit de la filiation les nouvelles dispositions relatives à la possession d'état qui excluent de jure et de facto la gestation pour autrui (circulaire et ordonnance de juillet 2005 relatives aux articles 311-2 et 336 du Code civil).

2.2. A moyen terme, ouvrir un vrai débat démocratique au plan sociétal incluant la notion de parenté

C'est la société qui décide de la définition de la parenté, et non pas le droit (qui l'applique) ou la morale. Ainsi, elle peut varier d'un pays à un autre, et l'adage français « la mère est celle qui accouche » n'est qu'une présomption de maternité, et non pas la seule maternité possible (l'adoption en est un autre exemple). Nous proposons donc d'inclure la GPA dans cette logique, de l'organiser de façon altruiste dans le dispositif global de l'AMP, de la façon suivante :

2.2.a) Homologuer un protocole médical dans un cadre altruiste et transparent, basé sur les principes du don et du consentement libre et éclairé

- Interdiction de rémunération mais défraiement pris en charge par la collectivité (montant fixé par le juge qui donnera un agrément)
- Dans le respect des règles du Code de la Santé, selon le principe retenu pour le don d'organes entre personnes vivantes et selon les mêmes procédures que pour le don de sperme ou d'ovocytes ou l'accueil d'embryons
- N'autorisant pour entrer dans un parcours de gestatrice que les femmes majeures, ayant déjà au moins un enfant, ayant un historique médical et psychologique exemplaires, et exemptes de toute détresse financière (surendettement, recherche d'emploi, statut d'étudiant...) ou affective (elle doit être en couple ou mariée)
- N'autorisant pour entrer dans un parcours de parents intentionnels que les couples dont l'impossibilité de mener à bien une grossesse est avérée

- Après évaluation collégiale des candidats parents et gestatrices par un comité éthique local agréé (médecins spécialistes de l'AMP et de la génétique, psychologues, représentants d'associations de patients) portant notamment sur les motivations et attentes de chacun en regard du bien-être de l'enfant à naître.
- Dans le respect de la transparence (des relations de confiance entre les deux femmes sont indispensables durant la grossesse), ce qui exclut l'anonymat et protège le droit des enfants d'accès à leurs origines
- En ne passant pas par une convention privée (comme on l'entend souvent affirmer de façon erronée) entre le couple infertile et la gestatrice, mais par un agrément ou une autorisation préalable, qui intègre le recueil du consentement libre et éclairé de chacun et l'ensemble des modalités pratiques avant le démarrage du processus médical et qui inclut le mari ou le compagnon de la future gestatrice.
- Cet accord est établi non pas directement entre la gestatrice et les parents intentionnels mais, pour chacun d'entre eux, avec les institutions habilitées sous le contrôle d'un juge. (comme cela se pratique déjà pour le don et l'accueil d'embryons). Il établira une présomption de maternité envers la mère intentionnelle et ne confère aucune obligation de résultats.

2.2.b) Au plan juridique, intégrer la GPA dans le dispositif actuel de l'Assistance Médicale à la Procréation

- Le Code de la Santé Publique en son article L 2141-1 (anciennement L 151,) précise que la liste des techniques de « *L'assistance médicale est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence de la biomédecine.* ». Il n'est donc nul besoin de modifier cet article mais de rajouter la GPA dans la liste des différentes techniques de lutte contre l'infertilité.
- Modifier l'article 227-12 du Code pénal pour supprimer le délit « lorsque cette pratique médicale est réalisée en respect des règles du Code de la santé publique, et selon le protocole prévu par l'Agence de Biomédecine (ou par tout autre organisme public désigné à cet effet) ».
- Modifier l'article 16.7 du code civil, qui stipule que « toute convention ayant pour objet la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est interdite » et rajouter « sauf si elle est organisée dans le cadre du consentement libre et éclairé, selon le protocole prévu par le code de santé public.

2.2.c) Prévoir un mécanisme de régulation, d'évaluation et de prévention

En matière de régulation, quel que soit le domaine, il est essentiel de séparer les aspects politiques et réglementaires, mais aussi fonctionnels et opérationnels. Ainsi, l'Etat devrait, en concertation avec toutes les parties prenantes (le législateur, les praticiens, les juristes, associations représentant les patients et les citoyens français) fixer les grandes lignes de la politique en matière de lutte contre l'infertilité gestationnelle (et notamment s'agissant des critères d'admission d'entrée dans le parcours des la GPA mais aussi des candidates à la gestation). Les décisions individuelles, quant à elles, seraient à prendre par les comités éthiques locaux sur la base de ces grandes lignes, seuls les cas « litigieux » remontant au niveau central (organe de régulation au niveau national).

Le rôle de cet organe, qui en toute logique devrait être une autorité indépendante, serait également de délivrer les habilitations des établissements pratiquant la GPA, faire des évaluations périodiques des résultats, rendre des rapports publics annuels (quantitatifs et qualitatifs) et, comme tout organe de régulation, mener une politique de prévention en matière d'infertilité.

Références :

- (1) Society for Reproductive Technology, IVF Success Rates, 2009 National Data Summary
(https://www.sartcorsonline.com/rptCSR_PublicMultYear.aspx?ClinicPKID=0)
- (2) Fifteen years experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme (J. Goldfarb, C. Austin, B. Peskin, H. Lisbona, N. Desai and J. Ricardo de Loret de Mola, Human Reproduction, 2000)
- (3) Florence Fourquet, CHRU Bretonneau, Service d'information d'épidémiologie et d'économie de la Santé, Tours
- (4) http://www.bioethics.gov/reports/past_commissions/index.html
- (5) Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2008 results from the Canadian ART Register (Joanne Gunby, M.Sc. CARTR Co-ordinator, Canadian Fertility and Andrology Society, Montreal, Quebec, Canada)
- (6) Families Created Through Surrogacy Arrangements: Parent–Child Relationships in the 1st Year of Life (S. Golombok, C. Murray, V. Jadva, F. MacCallum, and E. Lycett, City University, London)
- (7) Surrogacy families: parental functioning, parent–child relationships and children's psychological development at age 2 (S. Golombok, F. MacCallum, C. Murray, E. Lycett, and V. Jadva)
- (8) Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent–child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3 (S.Golombok, C.Murray, V.Jadva, E.Lycett, F.MacCallum and J.Rust)
- (9) Families with children without genetic link to their parents are functioning well (Polly Casey, from the Centre for Family Research, Cambridge University, 24th annual meeting of the E.S.H.R.E., 7 juillet 2008)
- (10) Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy (Jennifer Readings, Lucy Blake, Polly Casey, Vasanti Jadva, Susan Golombok)
- (11) Outcome and follow up of children born after IVF surrogacy (P. Sérafini, Human Reproduction, 2001)

- (12) Infertility: Medical and Social Choices (U.S. Congress, Office of Technology Assessment, OTA-BA-358, Washington, DC, U.S.A., mai 1988)
- (13) Revisiting The Handmaid's Tale : Feminist Theory Meets Empirical Research on Surrogate Mothers (Professor Karen Busby, Faculty of Law, University of Manitoba, Canada, Delaney Vun, Canadian Journal of Family Law, Volume 26, Number 1, 2010)
- (14) Motivations of surrogate mothers : parenthood, altruism and self-actualization, a three year study (Dr Betsy P. Aigen, 20 septembre 2006)
- (15) Gestational surrogacy (Peter R.Brinsden, Bourn Hall Clinic, UK, Human Reproduction, 2003)
- (16) Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy (J. Ciccarelli, L. Beckman, Journal of Social Issues, March, 2005)
- (17) Experience of in-vitro fertilization surrogacy in Finland (Söderström-Anttila, V., Blomqvist, T., Foudila, T., Hippeläinen, M., Kurunmäki, H., Sieberg, R., Tulppala, M., Tuomi-Nikula, M., Vilska, S. and Hovatta, O., 17th Annual Meeting of the ESHRE, 2001)
- (18) A five-year experience with gestational surrogacy and the impact of legal changes (I. Stuyver, P. De Sutter, University Hospital Ghent, Infertility Center, Ghent, Belgium, 26th Annual Meeting of the European-Society-of-Human-Reproduction-and-Embryology, Rome, Italy, 27-30 June 2010, HUMAN REPRODUCTION, Volume 25, 2010)
- (19) The social construction of surrogacy research : an anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood (Elly Teman, Social Science and Medecine, 21 juin 2008)
- (20) Organizational selection and assessment of women entering a surrogacy agreement in the UK (O.B.A.van den Akker, School of Health Sciences, UK, Human Reproduction, 1999)
- (21) Advisory Committee on Assisted Reproductive Technology Annual Report (Ethics Committee on Assisted Reproductive Technology, New Zealand, 29 octobre 2007)
- (22) Non-commercial surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy, from 1997 to 2004 (Human Reproduction, 27 novembre 2009)

- (23) <http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/2739.asp>
- (24) Mères porteuses: Les Français sont pour (Christel De Taddeo, Le Journal du Dimanche, octobre 2009)
- (25) ESHRE Task Force on Ethics and Law 10 : Surrogacy (F. Shenfield, G. Pennings, J. Cohen, P. Devroey, G. de Wert and B. Tarlatzis, Human Reproduction, 24 juin 2005)
- (26) Résultats au questionnaire Assistance Médicale à la Procréation (Geff, BLEFCO et le CNGOF, la SFG et la FNCGM, 2 octobre 2008)
- (27) IFFS Surveillance 2010 (International Federation of Fertility Societies, Howard W. Jones, Jr., Ian Cooke, Roger Kempers, Peter Brinsden and Doug Saunders, Fertility and Sterility Vol. 94, No. 4, 13 septembre 2010)
- (28) The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology (Human Reproduction, 2009)
- (29) Fausses mères porteuses, mais vraies fraudeuses (Judith Lachapelle, Cyberpresse.ca, novembre 2009)
- (30) Le parquet veut poursuivre la mère porteuse de Donna (BELGA, lesoir.be, vendredi 03 avril 2009)
- (31) Maternal sentiments : how strong are they ? (Arthur P. Wolf, Current Anthropology, décembre 2003)
- (32) L'amour maternel... un amour impératif (Blaise Pierrehumbert, Spirale 2001/2 n°18, Editions érès)
- (33) Effects of maternal behavior induction and pup exposure on neurogenesis in adult, virgin female rats (Furuta et al., Brain Research Bulletin, 2009; DOI: 10.1016/j.brainresbull.2009.08.011)
- (34) La gestation pour autrui : Un bricolage des représentations de la paternité et de la maternité euro-américaines (Geneviève Delaisi de Parseval & Chantal Collard, L'homme, Etudes & essais, juin 2007)
- (35) L'instinct maternel n'existe pas (Interview d'Elisabeth Badinter, Libération, jeudi 26 juin 2008)
- (36) In Qu'est ce qu'une règle de Droit, Ed. Odile Jacob, 1997