



C.L.A.R.A.

**La révision des lois bioéthiques en
matière de gestation pour autrui :
constats et propositions, par
l'Association C.L.A.R.A**

**(Document support de l'audition du
23 juillet 2008 par l'O.P.E.C.S.T)**

Synthèse du rapport

1. Pourquoi autoriser la gestation pour autrui ?

1.1 La gestation pour autrui, seule réponse à l'infertilité utérine

L'infertilité utérine représente 18% de l'infertilité féminine (source : S.A.R.T, chiffres 2005). Les causes principales par ordre décroissant sont l'hystérectomie, le syndrome MRKH (1 femme sur 4500), l'exposition aux Distilbène (DES), ou la présence de risques médicaux sévères liés à l'état de grossesse. La seule solution médicale existante est la gestation pour autrui qui inclue la technique de Fécondation In Vitro. La probabilité de naissance par cycle de FIV est de 32%, soit un résultat supérieur aux FIV classiques qui sont de 28% (source : SART, chiffres 2005).

Depuis 1985, année de la première GPA, plus de 20 000 enfants sont nés par cette méthode et plus de 300 études cliniques y ont été consacrées. Elles démontrent un développement psychosocial des enfants équivalent voir supérieur aux autres, une motivation principalement altruiste des gestatrices, et très souvent une information faite aux enfants sur leurs conditions de naissances.

1.2 L'exemple des autres pays a mis en exergue le besoin d'encadrement légal

De nombreux pays ont légalisé et encadré la gestation pour autrui dans le monde, pour des raisons natalistes ou d'égalité devant l'infertilité : la plupart des états aux U.S.A et au Canada, le Royaume Uni, la Nouvelle Zélande, Israël, la Russie, l'Ukraine, les Pays-Bas, le Brésil, l'Argentine, la Corée du Sud, l'Inde, l'Australie, l'Iran, la Grèce, ... La filiation est généralement établie directement au nom des parents intentionnels par décision d'un juge selon les dispositions de la loi, ou parfois par un processus d'adoption par le conjoint (Angleterre, certains états au Canada et en Australie).

Un nombre plus faible de pays ont interdit la GPA : l'Allemagne, la France, l'Italie, l'Espagne... Dans l'immense majorité des cas, l'interdiction de la GPA est associée à celle du don d'ovules, voire du don de sperme. En Europe, l'European Society for Human Reproduction and Embryology s'est prononcée en 2005 pour la légalisation encadrée de la GPA

Ces différences législatives génèrent un exode procréatif des couples infertiles qui a pour conséquences dans certains cas une insécurité juridique pour la filiation des enfants.

1.3 Promouvoir un égal accès aux soins pour tous, plébiscité par les Français

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, don d'ovule ou FIV. Ce sentiment est partagé par les Français qui, dans un sondage effectué par l'Agence de Biomédecine en février 2007, sont 69 % à déclarer « qu'il faut utiliser toutes les possibilités que la science offre pour avoir un enfant et 53 % à considérer que la loi devrait autoriser la pratique de la gestation pour autrui.

Cette demande d'un cadre juridique protecteur et équitable est d'ailleurs un principe fondateur de la Convention d'Oviedo sur la biomédecine et des droits de l'homme.

2. Nos propositions

2.1. A très court terme

- Régulariser la situation de tous les enfants nés par GPA à l'étranger (dans un pays où la GPA est légale) de parents français, en leur conférant une filiation qui corresponde à leur acte de naissance ;
- et au passage 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

2.2.a) Homologuer un protocole médical dans un cadre altruiste et transparent, basé sur le don

- Interdiction de rémunération mais prise en charge des frais par la collectivité
- Dans le respect des règles du Code de la Santé à déterminer par l'Agence de Biomédecine selon le principe retenu pour le don d'organes entre personnes vivantes
- N'autorisant pour entrer dans un parcours de gestatrice que les femmes majeures, ayant déjà au moins un enfant, et exemptes de détresse financière potentielle (surendettement, recherche d'emploi, statut d'étudiant)
- N'autorisant pour entrer dans un parcours de parents intentionnels que les couples à l'infertilité avéré et diagnostiquée par un spécialiste de l'infertilité
- Après évaluation collégiale des parents intentionnels et des candidates gestatrices par un comité éthique local agréé (médecins spécialistes de la PMA et de la génétique, psychologues, représentants d'associations de patients)
- Dans le respect de la transparence (des relations de confiance entre les deux femmes sont indispensables durant la grossesse), ce qui exclut l'anonymat du don et protège le droit des enfants d'accès à leurs origines (à sa majorité l'enfant pourra accéder au registre des naissances par GPA, tenu par l'Agence de Biomédecine ou par la CNAOP)
- Et au travers d'un **accord préalable** qui intègre le recueil du consentement libre et éclairé de chacun, qui fixe les modalités pratiques (équivalente au don d'ovocyte ou d'embryon) et qui statue sur la question de la filiation des enfants à naître avant le démarrage du processus médical. Cet accord est établi non pas directement entre la gestatrice et les parents intentionnels mais, pour chacun d'entre eux, avec les institutions habilitées (comme cela se pratique déjà pour l'adoption ou le don de gamètes).

2.2.b) Intégrer la GPA dans le dispositif actuel de la PMA et des lois de bioéthique

- 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 ».
- 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 l'Agence de Biomédecine ».

2.2.c) Prévoir un mécanisme de régulation, de contrôle et de prévention

L'Agence de Biomédecine sera la seule habilitée à homologuer et fixer les grandes lignes de la politique en matière de lutte contre l'infertilité gestationnelle (y compris pour le recrutement des candidates à la gestation) à appliquer par les comités éthiques locaux pluridisciplinaires. Cet organisme devra également agréer les établissements pratiquant la GPA, faire des évaluations périodiques des résultats, rendre des rapports publics et mener une politique de prévention.

SOMMAIRE

Synthèse du rapport.....	2
Introduction	5
Partie 1. Evolution des connaissances depuis les débats parlementaires de 1994.....	6
1.1. Une meilleure connaissance de l'infertilité :	7
1.2. Une meilleure efficacité de la Fécondation In Vitro :	8
1.3. Une meilleure visibilité des opinions religieuses et publiques :.....	9
1.4. Une moindre méfiance vis-à-vis de l'AMP :	11
1.5. Une meilleure visibilité des pratiques étrangères :	12
Conclusion de cette partie	13
Partie 2. Propositions de l'association C.L.A.R.A.	14
2.1. Les principes structurants du droit international et européen en matière de cadre légal de la GPA	14
2.1. Définir une offre de soins équitable en matière d'infertilité.....	16
2.2. Une application collégiale des règles éthiques :	17
2.3. Un consentement libre et éclairé renforcé pour la GPA :.....	19
2.4. Un cadre juridique protecteur pour l'établissement de la parenté.....	21
2.5. Un protocole médical homologué dans un cadre altruiste et transparent :	23
2.6. Une politique générale de prévention de l'infertilité :.....	24
ANNEXE 1 : La Convention d'Oviedo.....	25
ANNEXE 2 : ESHRE Task Force on Ethics and Law : Surrogacy	34
ANNEXE 3 : Le don d'organes entre personnes vivantes.	40
ANNEXE 4 : Assistance Médicale à la Procréation	43
ANNEXE 5 - L'accueil d'embryon.....	43
ANNEXE 6 : Revue des aspects psychologiques de la GPA	49
ANNEXE 6 bis - Liste des études sur la gestation pour autrui	63
ANNEXE 7 : Les familles dont les enfants n'ont pas de lien génétique avec leurs parents vont bien.....	72

Introduction

La présente note a pour objet :

- **d'effectuer une analyse des connaissances** qui ont présidé aux réflexions de l'époque et de rechercher comment elles ont évolué ces quinze dernières années, au vu du développement de la société, des progrès de la médecine, des sciences et techniques et de la connaissance de la gestation pour autrui dans d'autres pays (partie I);
- **de faire état de nos réflexions et propositions**, en tenant compte de l'intérêt général social et économique, visant à légaliser la gestation pour autrui et modifier en conséquence les lois de bioéthique, basées sur l'ensemble de ces réflexions, sur les travaux réalisés par les experts de notre association tant sur le plan juridique que sur le plan scientifique, médical, éthique (Partie II).

Partie 1. Evolution des connaissances depuis les débats parlementaires de 1994

Introduction

La pratique de la gestation pour autrui a été interdite par les lois bioéthiques votées en 1994, interdiction maintenue en 2004 au moment de la première révision. Le vote a été précédé d'un débat parlementaire dont le fondement est le « Rapport sur les sciences de la vie et les droits de l'homme : bouleversement sans contrôle ou législation à la française ? ». Ce document rassemble les études, documents de références et auditions effectués par l'Office Parlementaire d'Evaluation des Sciences et Techniques, du 19 décembre 1990 jusqu'à son approbation le 4 février 1992. La question de la gestation pour autrui n'ayant pas été documentée lors de la révision des lois de bioéthiques de 2004, ce rapport est resté donc le dernier document de référence communiqué aux parlementaires sur ce sujet, jusqu'à la publication du rapport du groupe du travail du Sénat sur la Maternité pour autrui (publié le 25 juin 2008).

1.1. Une meilleure connaissance de l'infertilité :

Au début des années 90, la pratique de la Fécondation In Vitro en France démarrée par la naissance d'Amandine en 1982 est encore trop récente pour définir objectivement l'infertilité. Dans tous les documents présentés, l'infertilité utérine n'a été abordée que sous les vocables « endométriose », « inexpliquée » et « diverses ». Les exposés n'ont porté quasiment que sur l'infertilité tubaire pour laquelle de sérieuses réserves ont été émises quant à son caractère définitif. La définition même de l'infertilité (absence de grossesse après deux ans de rapports sexuels non protégés) laissait entendre que de nombreux cas d'hypofertilité ont été assimilés et traités comme des cas d'infertilité.

Le concept de Procréation Médicalement Assistée « de convenance » a été lancé au motif que l'on aurait constaté de nombreux cas de naissances après l'arrêt de tout processus médical. Enfin, il a été avancé que la cause majeure de l'infertilité féminine serait la conséquence des maladies sexuellement transmissibles qu'une politique de prévention permettrait de réduire.

Il est à regretter que les infertilités utérines résultant du syndrome MRKH, d'une hystérectomie ou d'une exposition au Distilbène (DES) n'aient pas été présentées, malgré leur caractère indiscutable et leur absence de lien avec les MST.

Ce que nous savons maintenant :

- L'infertilité féminine est mieux appréhendée, et en particulier l'infertilité liée à la gestation qui représente 18% des cas avérés (source : SART¹, 2005).
- Ainsi, le syndrome M.R.K.H². est mieux connu et son occurrence est déterminée : 1 femme sur 4500 est affectée (soit une occurrence comparable à celle de la mucoviscidose).
- Les techniques d'imagerie médicale permettent de diagnostiquer de manière plus sûre l'infertilité utérine. 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 ».
- La prévention des MST n'a pas fait baisser l'infertilité qui a au contraire progressé. La recherche a mis en évidence le rôle de perturbateur endocrinien joué par de nombreuses molécules synthétiques et a abouti au programme européen REACH de détection et de substitution des molécules dangereuses à long terme pour la santé humaine.

¹ Society of Assisted Reproduction Technologies

² Mayer, Rokintaski, Keuster, Hauser

1.2. Une meilleure efficacité de la Fécondation In Vitro :

Les résultats semblaient faibles en France pour la FIV en regard de son coût et des risques présumés. Avec un taux de naissance par cycle à peine supérieur à 10%, la FIV apparaissait comme une technique coûteuse qui donne peu de résultats. Bien qu'aucune étude scientifique sur des enfants nés par FIV n'ait été présentée, de nombreux intervenants se sont interrogés sur ses conséquences psychologiques, et tout particulièrement en cas de don de gamètes. Il est étonnant qu'aucun intervenant n'ait relativisé le poids de la conception par rapport à la gestation ou à la vie familiale jusqu'à l'âge adulte. C'était insinuer que tout se jouerait à la conception, et que le rôle social et éducatif des parents n'existerait pas. Il est à regretter qu'aucune étude sur les enfants adoptés ou reconnus par un père qui n'est pas leur géniteur n'ait été présentée.

Ce que nous savons maintenant :

Le taux de naissance par cycle de FIV a presque doublé et atteint 23% en France et représente 1,6 % (11 000 bébés) des naissances totales (source : Agence de Biomédecine, chiffres 2005). Ceci reste inférieur aux taux observés aux USA : 28 % dans le cas d'une FIV dont 32 % dans le cas de gestation pour autrui (source : SART³, chiffres 2005).

- On peut légitimement penser que les moins bons résultats obtenus en France proviennent d'une réponse médicale moins bien adaptée du fait du nombre réduit de dons d'ovules (168 seulement pour l'année 2005) et de l'interdiction de la gestation pour autrui. Ainsi, certaines patientes endurent de nombreux cycles de stimulation et de FIV alors qu'une réorientation après les premiers échecs vers un don ou une GPA aurait amélioré leurs chances d'avoir un enfant.
- Le développement des techniques médicales (transfert à l'état de blastocystes) a permis de diminuer le coût et le risque de naissances multiples et donc à risques (triplés et plus). En effet, les embryons transférés ont une probabilité de développement utérin nettement plus élevée, et en conséquence, le sont en nombre nettement inférieur.
- Les premiers enfants nés par FIV sont maintenant adultes et les nombreuses études cliniques ont confirmé l'absence de problème psychologique particulier. La communication à l'enfant de ses conditions de naissance est un facteur de réussite. Ainsi, le fait d'avoir été longtemps désirés en fait des enfants plus équilibrés et généralement moins exposés aux difficultés de la vie telles que le divorce de leurs parents (l'infertilité fragilise les couples quand le projet parental n'aboutit pas, mais à l'inverse les renforce quand ils arrivent à devenir parents).

³ Society of Assisted Reproduction Technologies

1.3. Une meilleure visibilité des opinions religieuses et publiques :

Lors des débats précités, l'instruction « Donum Vitae » de la Congrégation pour la Doctrine de la Foi du 22 février 1987 a été l'élément central qui a développé longuement la position de l'église catholique. Elle déclare la gestation pour autrui illicite car contraire à l'unité du mariage (les enfants doivent naître dans le cadre sacré du mariage et uniquement de par le mariage) et à la dignité de la procréation de la personne humaine (notamment par le fait qu'elle entraînerait la pratique de la masturbation pour réaliser la FIV).

Les autres groupes religieux se sont exprimés de manière nettement plus succincte.

La Fédération Protestante de France n'a pas émis d'interdit pour la gestation pour autrui. Elle encourage pour toutes les techniques de AMP un cadre non-lucratif, basé sur le consentement éclairé, et réservées aux couples hétérosexuels.

La position exprimée par le Grand Rabbin de Paris n'a pas abordé la question de la gestation pour autrui mais a interdit tout don de gamète au nom du principe de l'unicité du couple.

La position des Musulmans n'a pas été renseignée.

Pourtant, il a été affirmé à plusieurs reprises que la gestation pour autrui heurte l'opinion publique, et notamment l'ensemble des religions monothéistes.

Ce que nous savons maintenant :

- Israël a été un des premiers pays à légiférer pour autoriser la gestation pour autrui dans un cadre légal défini avec les plus hautes autorités du Judaïsme.
- Les représentants de l'Islam Chiite ont défini des règles qui ont conduit à l'autorisation légale de la gestation pour autrui en Iran, puis par extension au Liban. Les représentants de l'Islam Sunnite interdisent toute forme de AMP au nom du principe de la préservation des lignées familiales.
- En France, dans un pays laïque, on peut s'étonner de la place donnée à un dogme catholique qui déclare illicite la gestation pour autrui au travers d'un document qui condamne aussi l'avortement, la contraception, les relations sexuelles hors mariage, le don de gamètes, pratiques pourtant consacrées comme libertés individuelles dans notre système légal.
- Cette opposition à l'AMP n'est pas confirmée par l'enquête de l'Agence de Biomédecine publiée en février 2007 qui atteste que l'immense majorité des français est favorable à l'AMP et notamment à la GPA (Les techniques d'assistance médicale à la procréation bénéficient d'un niveau d'acceptabilité élevé dans l'opinion : 78 % des personnes interrogées les placent en tête des alternatives à choisir en cas de difficultés à procréer, par rapport à l'adoption (32 %) ou au renoncement au projet parental (26 %). Elles sont plus de 69 % à déclarer « qu'il faut utiliser toutes les possibilités que la science offre pour avoir un enfant. 53 % considèrent que la loi devrait autoriser la pratique de la GPA).
- Ces positions d'hostilité à la légalisation de la GPA reposent principalement sur les mêmes craintes (contractualisation commerciale de la filiation, instrumentalisation de la femme, souffrance psychologique de l'enfant, conflits d'intérêts à la naissance). Elle semblent relever du principe plus que de l'observation du terrain, puisque passée une quinzaine d'années supplémentaires, aucune étude n'est venu étayer ces affirmations. Il devient paradoxal de lire que c'est le contrat commercial privé qui fait la filiation à l'étranger en matière de GPA quand la jurisprudence nous indique que les filiations étrangères ont été établies par jugement en parenté conformément aux dispositions légales locales (par ailleurs quasiment identiques au dispositif français de filiation suite à un don de sperme). On peut aussi s'étonner, voir s'indigner de lire dans des rapports qu'il existe aux USA des assurances garantissant le résultat de l'AMP, alors qu'en réalité les seules assurances utilisées sont des assurances santé premium au nom de la gestatrice mais payés par les parents intentionnels pour lui assurer la meilleure couverture médicale en l'absence d'un système de santé national et solidaire qui garantisse l'égal accès aux soins.

1.4. Une moindre méfiance vis-à-vis de l'AMP :

La plupart des débats ont porté sur des craintes de dérives eugénistes ou de risque d'atteinte au patrimoine génétique de l'individu. Ces questions légitimes ont entraîné une surenchère protectrice qui contrastait avec la réalité des autres pratiques médicales. En matière de diagnostic pré-implantatoire, on s'est refusé à détecter des maladies pour lesquelles on autorise un avortement thérapeutique lorsqu'elles sont constatées lors de la grossesse. On a habillé le concept « d'indisponibilité du corps humain » (introduit par la Cour de Cassation en 1991) en « non-patrimonialité du corps humain » pour maintenir l'interdiction de la procréation et de la gestation pour autrui.

Ainsi, le corps humain de la femme lui serait disponible pour avorter, mais paradoxalement pas pour porter l'enfant d'une autre, et ce même à titre de don gratuit. Les lois adoptées en 1994 et en 2004 n'ont pas permis de trouver un équilibre entre la demande de soins, l'équité de l'offre de soins et le consentement éclairé du malade.

Trois formes seulement sur quatre d'infertilités sont soignées : les problèmes de spermatozoïdes (avec le don de sperme ou l'ICSI), d'ovaires (avec le don d'ovocytes), ou de trompes obstruées (avec la FIV), mais pas les défaillances de l'utérus ou de l'endomètre pour lesquelles la seule réponse possible est la GPA. On a invoqué un « trouble à l'ordre naturel des choses » pour interdire la procréation et la gestation pour autrui, et ce même à titre non lucratif. Situation paradoxale où on a interdit une forme d'Assistance Médicale à la Procréation au nom d'un ordre naturel que pourtant la médecine a pour vocation de combattre au travers des maladies qu'il contient.

Ce que nous savons maintenant :

- Suite à dix années de recherche d'un consensus au sein du Conseil de l'Europe, la Convention sur les Droits de l'Homme et de la Biomédecine (dite Convention d'Oviedo) est signée en 1997 et s'applique à la France depuis 1999. Cette convention pose les principes de la primauté de l'être humain, de l'accès équitable aux soins de santé et de l'interdiction de tirer profit du corps humain et de ses parties. Elle précise les règles du consentement libre et éclairé, du droit à l'information et au respect de la vie privée. Cette Convention ne pose pas d'interdit sur la gestation pour autrui à partir du moment où elle respecte un cadre de consentement libre et éclairé et d'interdiction du profit tiré du corps humain. L'article 16 du Code civil français qui déclare nulle et faisant trouble à l'ordre public toute convention de procréation ou de gestation pour autrui est en contradiction avec cette Convention. En l'espèce, le recueil du consentement libre et éclairé est une convention. Rappelons que la France n'a pas ratifié cette Convention qu'elle a pourtant signée et qui a été reprise par l'Unesco. De plus, l'European Society for Human Reproduction and Embryology s'est prononcée en 2005 pour la légalisation encadrée de la GPA (texte en Annexe 2).

1.5. Une meilleure visibilité des pratiques étrangères :

A l'époque, seuls des représentants de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Espagne ont été auditionnés. Pourtant, l'Assistance Médicale à la Procréation est à ce moment là bien plus avancée aux Etats-Unis, au Canada et en Nouvelle Zélande. La question de la gestation pour autrui n'a occupé que quelques pages, et n'a été quasiment pas évoquée avec les représentants anglais qui pourtant connaissaient déjà dans leur pays l'expérience d'une pratique encadrée.

L'étude des expériences étrangères aurait été pourtant bien utile pour comprendre les relations entre gestatrices et parents intentionnels (la France ne connaît que le régime de l'anonymat en matière de dons) et les différents dispositifs législatifs déployés pour éviter les dérives commerciales. En 1994, il avait été décidé que « la loi bioéthique devait changer en 1999 au vu (notamment) des expériences étrangères. Or, en 2004, malgré un retard de 5 ans, force est de constater qu'aucune analyse n'a été réalisée des très nombreuses études existantes à l'étranger sur la GPA, et la question n'a finalement, même pas été abordée.

Ce que nous savons maintenant :

- Mis à part la Finlande, l'Italie, et l'Espagne qui ont voté des lois d'interdiction (ces deux derniers sous l'influence notoire des représentants de l'église catholique), tous les pays qui ont légiféré depuis 1994 sur la gestation pour autrui l'ont fait dans le sens de l'autorisation encadrée : la plupart des états des USA et du Canada, le Royaume Uni, Israël, la Russie, l'Ukraine, les Pays-Bas, la Nouvelle Zélande, le Brésil, l'Argentine, la Corée du Sud, l'Inde, l'Australie, l'Iran, l'Afrique du Sud, la Grèce, la Roumanie...
- De fait, de nombreuses données cliniques sont maintenant disponibles et permettent de répondre aux interrogations sur l'épanouissement psycho-social des enfants nés par gestation pour autrui, sur les motivations des gestatrices et sur les relations entretenues avec les parents intentionnels, sur l'aspect positif de l'information à l'enfant de ses conditions de naissance, ainsi que sur l'absence de conflits de filiation lorsque précisément ces relations sont basées sur la confiance, et ce avec ou sans convention de GPA⁴.

⁴ cf. l'ouvrage de synthèse : « Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy » - Journal of Social Issues (March, 2005) - Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J.) et l'étude « Les familles dont les enfants n'ont pas de lien génétique avec leurs parents vont bien » (traduit de Polly Casey, le 5 Juillet 2008) reproduits en annexe 6 et 7.

- Néanmoins, ces différences réglementaires (entre les pays qui autorisent et ceux qui ne l'autorisent pas) posent un problème d'exode procréatif, source d'instabilité juridique pour les enfants en termes de filiation, bien que certains pays où la gestation pour autrui est prohibée n'interdisent pas la filiation qui en découlerait si la GPA est pratiquée ailleurs (cas de l'Allemagne par exemple). La prohibition de la gestation pour autrui en France a pour effet de repousser des couples vers la clandestinité, et par définition dans un univers où des dérives marchandes et des situations de chantage peuvent se produire. Si vraisemblablement seulement peu de cas de gestation pour autrui ont eu lieu du fait de la complexité médicale de la Fécondation In Vitro, le risque est nettement plus élevé pour la procréation pour autrui qui ne nécessite que peu de matériel pour faire l'insémination artificielle.

Conclusion de cette partie

On peut aujourd'hui affirmer que nous avons suffisamment de recul pour connaître les meilleures façons de combattre l'infertilité, de mettre en place des dispositifs qui répondent aux aspirations légitimes des couples infertiles à être soignés dans des conditions équitables, respectueuses de la dignité humaine, stables et cohérentes vis-à-vis des réglementations étrangères et internationales.

Nul ne peut ignorer aujourd'hui les enjeux de l'AMP liés à la natalité, notamment pour le devenir de nos retraites, à l'infertilité croissante (près de 12 % des couples consultent) due à des facteurs environnementaux, et au tarissement de l'adoption nationale et internationale, ce dernier point étant lié au phénomène positif de l'émancipation des femmes (grossesses désirées).

On ne peut nier par ailleurs que la GPA se pratique dans notre pays, clandestinement, ou dans des pays étrangers ni que par ailleurs il est urgent de reconnaître la filiation de tous les enfants nés par GPA à l'étranger de parents français afin d'assurer le respect de la primauté de l'intérêt des enfants.

Il est donc essentiel pour notre société moderne et démocratique, que les lois de bioéthique, pour ce qui concerne la gestation pour autrui soit révisées, afin d'être en phase avec les évolutions de la société, des progrès de la médecine et des droits de l'Homme et des Enfants au niveau national, européen et mondial.

Notre association et son comité scientifique, composé d'experts dans tous les domaines, œuvre pour l'émergence d'un véritable débat démocratique sur la légalisation de la GPA en France. Nos propositions sont décrites ci-après.

Partie 2. Propositions de l'association C.L.A.R.A.

2.1. Les principes structurants du droit international et européen en matière de cadre légal de la GPA

Depuis la seconde guerre mondiale, la plupart des pays se sont investis pour définir des lois universelles qui définissent droits et devoirs par delà les frontières. Un certain nombre de ces principes définissent le cadre légal de la gestation pour autrui :

- Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. (article 3.1 de la Convention internationale de New-York relative aux droits de l'enfant).
- L'enfant est enregistré aussitôt à sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux. (article 7 de la Convention internationale de New-York relative aux droits de l'enfant).
- La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, etc... mais aussi sur la naissance ou toute autre situation. (article 14 de la Convention Européenne des droits de l'Homme).
- Les Parties prenantes, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, adoptent les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. (article 3 de la Convention du Conseil de l'Europe sur la Biomédecine, dite Convention d'Oviedo).
- Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. (article 5 de la Convention d'Oviedo).
- Le corps humain et ses parties ne doivent pas être, en tant que tels, source de profit. (article 21 de la Convention d'Oviedo).
- Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. (article 8.1 de la Convention Européenne des droits de l'homme).
- La femme dispose du droit de décider d'une IVG ou IMG que nul ne peut obliger ou empêcher (dispositions déclinées dans la plupart des législations nationales).

Les lois sur la gestation pour autrui sont très majoritairement basées sur une structure commune dont les principes développés en cohérence avec les éléments précités de droit sont :

- La gestation pour autrui repose sur le consentement libre et éclairé d'une femme à porter l'embryon de parents intentionnels et sur l'engagement des parents intentionnels à exercer leurs devoirs parentaux.
- La réalité du consentement libre et éclairé tout comme l'intentionnalité des parents en devenir, l'absence de contre-indication médicale ainsi que les motivations psychologiques de la candidate gestatrice sont vérifiés avant le démarrage du processus d'assistance médicale à la procréation.
- Les parents intentionnels et la candidate gestatrice consentent également mutuellement à se donner réciproquement l'accès aux données médicales.
- A tout moment la gestatrice peut retirer son consentement libre et éclairé ou faire usage de son droit d'IVG ou d'IMG (dans le respect des procédures et délais légaux), et ce jusqu'à la naissance.
- La filiation est établie par les dispositions de la loi avec généralement l'intervention d'un juge. Selon le principe de l'indisponibilité des personnes, elle ne peut dépendre de dispositions ou conventions privées.

Les principales divergences entre les différentes lois nationales concernent les possibilités d'établissement de la filiation (reconnaissance pré-natale, adoption, possibilité ou non pour la gestatrice de devenir la mère légale dans un laps de temps postérieur à la naissance), les questions liées aux éventuelles contreparties au don gestationnel et la place juridique donnée à la convention de GPA (qui n'est pas exécutoire dans quasiment tous les dispositifs légaux).

Nous proposons de prendre pour base ce modèle général et de le détailler au travers de propositions législatives.

2.1. Définir une offre de soins équitable en matière d'infertilité

L'infertilité est une maladie selon l'OMS. En France, il existe une offre de soins pour les infertilités masculines (don de sperme ou ICSI), une pour les infertilités ovariennes (don d'ovules) et une pour les infertilités tubaires (Fécondation In Vitro). Mais seules les solutions médicales pour l'infertilité utérine (la procréation pour autrui et la gestation pour autrui) sont interdites. Cette iniquité devant la maladie est doublée d'une discrimination sexuelle : l'homme peut devenir père par un unique engagement social envers l'enfant à naître en faisant appel à un don de sperme tandis que ce droit est refusé à la femme.

La procréation pour autrui, au contraire de la gestation pour autrui, fait appel aux ovocytes de la gestatrice. Cela crée un lien génétique entre l'enfant à naître et la gestatrice, et ce au détriment de la mère intentionnelle. Sauf cas exceptionnel (quand la mère intentionnelle ne dispose pas elle-même d'ovules fécondables et qu'il y a une relation psychologiquement solide et établie avec la candidate gestatrice), nous ne voyons pas l'intérêt de passer par cette solution.

Ce que nous proposons :

- Le Code de la Santé Publique (en son article L 2141-1, anciennement L 151,) précise que «*L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel, dont la liste 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 ce principe dans la loi de Bioéthique mais de faire prendre une simple décision par l'Agence de Biomédecine et le Ministère en charge de la Santé, qui permettra de rajouter la possibilité de la gestation pour autrui (et éventuellement de la procréation pour autrui à titre exceptionnel) 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 faite en respect des règles du Code de la santé publique, et après l'avis de l'Agence de Biomédecine.
- 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 l'Agence de Biomédecine* ».

2.2. Une application collégiale des règles éthiques :

Si les critères d'accès à un parcours de gestation pour autrui doivent être définis dans les grandes lignes par le législateur tant pour les parents intentionnels que pour la candidate gestatrice, il semble nécessaire de donner un rôle complémentaire d'appréciation aux acteurs locaux, comme cela se fait en Angleterre par exemple. Ainsi la décision d'entrer (ou pas) dans le parcours de l'AMP/GPA doit être laissée au plus près du terrain, aux praticiens et aux Comités Ethiques locaux agréés, composés de médecins spécialistes de la PMA et de la génétique, psychanalystes mais aussi de représentants de patients. Cette décision collégiale, que l'on pourrait qualifier d'Accord préalable, repose sur les mêmes principes légaux et médicaux mis en place pour le don d'organe entre personnes vivantes⁵. Un document écrit formalise le recueil du consentement libre et éclairé du donneur, la destination du don et l'approbation par les autorités légales (le Tribunal de Grande Instance ou son délégué).

Dans le modèle que nous proposons pour la gestation pour autrui, l'Accord préalable doit faire suite au recueil du consentement libre et éclairé (détaillé au chapitre suivant) et à une évaluation :

- De l'incapacité réelle de la mère intentionnelle à porter un enfant pour des raisons d'infertilité ou de risques médicaux liés à l'état de grossesse
- Des capacités physiologiques et psychologiques des parents intentionnels à réussir un parcours de gestation pour autrui et à devenir parents
- Des capacités physiologiques et psychologiques de la gestatrice à porter un enfant pour autrui
- De la motivation altruiste de la gestatrice et de l'absence de stress financier
- De l'accord de la gestatrice et des parents intentionnels sur le choix « d'appairage » proposé par le Comité d'éthique local ou par eux-mêmes
- De la compréhension par tous des principes de respect, de subsidiarité et de transparence qui doivent régir les relations entre les parents intentionnels et la gestatrice

Ce modèle d'accord préalable que nous proposons pour la gestation pour autrui ne traite en aucun cas de la question de la filiation de l'enfant à naître qui sera abordée dans des chapitres suivants. Son unique objet est de vérifier la conformité à la loi et le consentement des partenaires d'un protocole médical.

⁵ articles L 1231-1 et R 1231 du Code de la santé publique. Ce dispositif permet à une personne de faire don d'un de ses organes à une personne connue par lui-même sous réserve que les questions d'indications médicales et de consentement libre et éclairé soient respectées

Ce que nous proposons :

- Agréer et donner autorité à des Comités d’Ethiques Locaux pour décider ou refuser l’entrée de parents intentionnels et de candidates gestatrices dans un parcours de gestation pour autrui sous la forme d’un Accord préalable :
- Dans le respect des règles du Code de la Santé à déterminer par l’Agence de Biomédecine selon le principe retenu pour le don d’organes entre personnes vivantes
 - o après évaluation collégiale des parents intentionnels
 - o après évaluation collégiale de la candidate gestatrice
 - o après information des éventuels risques de transmission génétique et de probabilité d'atteinte pour l'enfant à venir dans le cas d'infertilité d'origine génétique (cas du MRKH par exemple)
 - o après recueil du consentement libre et éclairé de chacun
- d’évaluer régulièrement les résultats de ces comités locaux par l’Agence de Biomédecine pour garantir l’équité des soins en matière de dépense publique.
- de communiquer ces évaluations pour une amélioration continue des pratiques.

2.3. Un consentement libre et éclairé renforcé pour la GPA :

Selon la définition du consentement libre et éclairé, la personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. Dans le cas de la gestation pour autrui, cette information est complexe et par moment subjective car elle touche un rapport intime avec le corps.

Il semble évident que seule une femme qui a connu par elle-même la maternité peut avoir une vision claire des conséquences de son consentement à porter l'enfant d'autrui. De même, un bilan médical est indispensable pour identifier toute contre-indication qui rendrait la grossesse difficile ou dangereuse.

Le recueil du consentement libre et éclairé doit détailler tous les risques et les options liés à la grossesse. Un recueil écrit semble incontournable d'une part pour garantir l'exhaustivité des informations et choix faits par la gestatrice potentielle, et d'autre part pour lui permettre d'exercer son droit à tout moment de le révoquer partiellement ou complètement. Insistons bien sur ce point : contrairement à l'idée reçue, les conventions de gestation pour autrui qui existent dans de très nombreux pays peuvent être révoquées à tout moment par la femme qui a donné son consentement à porter l'enfant d'autrui. Ainsi, sauf exception, elles ne sont pas exécutoires.

Le consentement libre et éclairé doit, entre autres, porter sur des éléments fondamentaux tels que :

- l'absence de rémunération de la part des parents intentionnels
- le nombre maximum d'embryons à transférer (pour respecter le consentement à une grossesse gémellaire ou non)
- l'éventualité d'un IMG en cas d'indication médicale (sachant que la décision appartient uniquement à la gestatrice)
- le droit de partage des informations médicales
- ...

Enfin, un consentement même éclairé ne peut être libre si des difficultés personnelles financières ou familiales l'affectent.

Ce que nous proposons :

- N'autoriser pour entrer dans un parcours de gestatrice que les femmes majeures, ayant déjà au moins un enfant, et exemptes de détresse financière potentielle (surendettement, recherche d'emploi, statut d'étudiant).

- Recueillir par écrit le consentement libre et éclairé ainsi que sa possibilité de révocation selon des modalités à fixer par l'Agence de Biomédecine.

- Pour une femme mariée ou pacsée, recueillir le consentement libre et éclairé du conjoint selon les mêmes modalités.

- Recueillir le consentement libre et éclairé des parents intentionnels selon les mêmes modalités.

- Modifier l'article L 1244-7 du code de la santé publique pour autoriser la suppression de l'anonymat du don lorsque les consentements libres et éclairés des parties donneuses et receveuses ont été recueillis.

2.4. Un cadre juridique protecteur pour l'établissement de la parenté

La primauté de l'intérêt de l'enfant et le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes imposent de garantir dès la naissance une filiation stable qui soit déterminée uniquement par son intérêt. Une femme qui consent à rentrer dans un processus de gestation pour autrui ne fait qu'apporter une aide précieuse à des parents intentionnels. Ce n'est pas elle qui est à la base du désir fondateur et de l'amour qui vont se transfigurer en un enfant et des droits et devoirs parentaux. Etant généralement hyperfertile et vivant sans soucis ses grossesses, elle a elle-même la possibilité avec son conjoint de donner vie à ses éventuels désirs d'enfants qui pourraient venir. Ainsi, l'intérêt de l'enfant est d'être élevé par ceux qui l'ont désiré. D'autre part, l'incertitude quant au devenir de l'établissement de la filiation est un élément potentiellement très perturbateur qui peut mettre en péril la qualité de la relation entre la gestatrice et les parents intentionnels, et in fine porter atteinte à l'intérêt de l'enfant. Il nous paraît donc essentiel que la question de la filiation ne soit pas ouverte, mais fixée par le dispositif légal.

Par ailleurs, il est nécessaire de rétablir le plein effet des notions de possession d'état, de paix des familles et de respect de la vie privée qui touchent directement l'intérêt de l'enfant, effet quasiment supprimé par certaines dispositions de l'ordonnance sur la réforme de la filiation de juillet 2005.

Ce que nous proposons :

a) A très court terme :

- Transcrire immédiatement dans les registres français l'état civil de tous les enfants nés par gestation pour autrui à l'étranger, dans un pays où cette pratique est légale, et ce pour tous les parents qui en feront la demande et pourront apporter la preuve de la licéité des actes de naissance
- Expurger la gestation pour autrui de la circulaire d'application de l'article 311-1 (« *La possession d'état doit être continue, paisible, publique et non-équivoque* ») qui précise que le caractère non-équivoque correspond à « *l'absence de fraude à l'interdiction de l'inceste et de la gestation pour autrui* ». En effet, la GPA ne peut être comparée à l'inceste et une famille fondée à l'aide d'une GPA n'a pas de caractère équivoque.
- Supprimer dans l'article 336 « *La filiation légalement établie peut être contestée par le ministère public si des indices tirés des actes eux-mêmes la rendent invraisemblable ou en cas de fraude à la loi* » le critère de la fraude à la loi dont la recherche de la preuve est une atteinte à la paix des familles.

b) A moyen terme, et au plus tard au cours de la révision de la loi concernant la GPA en vue de sa légalisation :

- Déterminer les règles de filiation de l'enfant à naître par GPA sur le modèle du don de gamètes. En préalable à l'entrée dans le processus médical de gestation pour autrui, une reconnaissance prénatale (de l'enfant à naître) par les parents intentionnels entraîne automatiquement à la naissance (de cet enfant) un lien de filiation.

- Il ne sera pas fait mention dans l'acte de naissance du nom de la gestatrice, mais simplement (et ce afin de ne pas créer un secret sur l'histoire des origines de l'enfant ou d'effacer une partie de son histoire qui lui appartient) sur un registre tenu par l'Agence de Biomédecine ou par la CNAOP (selon le choix pris par le législateur), qui sera consultable à sa majorité par l'enfant.

2.5. Un protocole médical homologué dans un cadre altruiste et transparent :

La question de l'argent est souvent entendue au sujet de la motivation des gestatrices. Il y a souvent confusion entre coût du don (les frais qui y sont attachés) et valeur du don (par définition inestimable et hors sphère marchande). Cela tend à faire oublier que les aspects médicaux coûtent cher en temps et en argent. Dans de nombreux pays, il n'existe pas de système de sécurité sociale étatique et les assurances privées ne remboursent pas le coût des soins d'AMP. Ceci crée une situation d'iniquité devant la maladie. En France, nous avons la chance d'avoir un système qui évite cet écueil, mais qu'il convient de le préserver en maîtrisant les dépenses.

Une femme, volontaire pour porter un enfant pour autrui, subit des dépenses supplémentaires lors des nombreuses séances médicales : perte de revenus lors des absences professionnelles, coût des déplacements, éventuellement coût de baby-sitting. Pendant la grossesse, il faut ajouter des coûts d'habillement, des coûts de baby-sitting et de ménage si ces activités ne sont plus compatibles avec la grossesse.

Ces coûts peuvent être placés en deux catégories :

- Ce que les parents intentionnels auraient dépensé s'ils avaient mené par eux-mêmes cette grossesse (habillement, baby-sitting, aide ménagère...)
- Ce qui relève du processus médical de la gestation pour autrui (temps et déplacements pour les examens et traitements)

Le principe de l'absence de profit n'implique pas que la gestatrice doive perdre de l'argent pour son comportement altruiste, ce qui serait un frein aux vocations.

Ce que nous proposons :

- Que les parents intentionnels s'engagent à rembourser à la gestatrice, et sur factures uniquement, toutes les dépenses extra-médicales auxquelles ils auraient dû faire face s'ils avaient mené une grossesse par eux-mêmes, et ceci dans une limite à fixer par l'Agence de Biomédecine. Ces paiements ne pourront pas être directs mais passer par des organismes agréées.
- Que les Organismes de Sécurité Sociale prennent en charge le temps passé et les frais liés au processus médical de la gestatrice sous forme de congé prénatal morcelable (pendant l'évaluation médicale, le processus de transfert, la grossesse et le repos post-partum).
- Que les dépenses en traitements médicaux effectuées par la gestatrice soient intégralement remboursées par les organismes de Sécurité Sociale.

2.6. Une politique générale de prévention de l'infertilité :

L'infertilité coûte cher mais il serait inéquitable de ne pas la soigner.

Cependant, nous remarquons que la France dépense plus par habitant que d'autres pays comme la Hollande, qui a pourtant une législation beaucoup moins restrictive. Il est à remarquer que ce pays se distingue par une politique de prévention très développée (éducation sexuelle, campagnes de sensibilisation...) dont les résultats sont également connus en matière de faible taux d'IVG.

Inclure dans les cours d'éducation sexuelle la question de l'infertilité nous semble un vecteur puissant pour faire comprendre que la sexualité a aussi une dimension fragile qu'il faut protéger, qu'on ne fait pas un enfant « si je veux quand je veux », mais « si je peux quand je peux ». Du fait de notre profonde inégalité en matière de fertilité (par exemple la ménopause peut arriver aussi bien à 25 ans qu'à 50 ans), l'information et le dépistage précoce de l'infertilité sont des axes majeurs :

- plus de temps et de sérénité pour établir un diagnostic robuste (et donc moins de traitements inutiles pour de simples hypofertilités)
- un démarrage moins tardif du traitement qui entraîne une amélioration nette de l'efficacité, et donc qui fait diminuer le nombre d'itérations (moins de souffrance pour le couple et moins de coûts pour la collectivité)

Ce que nous proposons :

- Intégrer dans les cours d'éducation sexuelle la question de l'infertilité et de la baisse de la fertilité avec l'âge. Augmenter les heures allouées à cet enseignement.
- Faire des campagnes d'information nationales sur l'infertilité et ses enjeux, notamment sur son coût économique pour la société (politique de natalité, politique de l'environnement, coût des traitements).
- Faire des campagnes de dépistage de l'infertilité sur la base du volontariat.
- Faire des campagnes de sensibilisation pour susciter le don (d'ovules mais aussi de gestation) non anonyme et non rémunéré, la prise en charge de certains frais définis se faisant par la collectivité.
- Favoriser la recherche sur l'infertilité, et notamment grâce à des enquêtes épistémologiques, afin de mieux maîtriser les causes et les traitements (exemple du syndrome MRKH, qui s'avère être d'origine génétique, et donc héritable dans certains cas).

ANNEXE 1 : La Convention d'Oviedo

Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (Oviedo, 4.IV.1997)

Préambule

Les Etats membres du Conseil de l'Europe, les autres Etats et la Communauté Européenne signataires de la présente Convention,

Considérant la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948;

Considérant la [Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales](#) du 4 novembre 1950;

Considérant la [Charte sociale européenne](#) du 18 octobre 1961;

Considérant le Pacte international sur les droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966;

Considérant la [Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel](#) du 28 janvier 1981;

Considérant également la Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989;

Considérant que le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres, et que l'un des moyens d'atteindre ce but est la sauvegarde et le développement des droits de l'homme et des libertés fondamentales;

Conscients des rapides développements de la biologie et de la médecine;

Convaincus de la nécessité de respecter l'être humain à la fois comme individu et dans son appartenance à l'espèce humaine et reconnaissant l'importance d'assurer sa dignité;

Conscients des actes qui pourraient mettre en danger la dignité humaine par un usage improprie de la biologie et de la médecine;

Affirmant que les progrès de la biologie et de la médecine doivent être utilisés pour le bénéfice des générations présentes et futures;

Soulignant la nécessité d'une coopération internationale pour que l'Humanité tout entière bénéficie de l'apport de la biologie et de la médecine;

Reconnaissant l'importance de promouvoir un débat public sur les questions posées par l'application de la biologie et de la médecine, et sur les réponses à y apporter;

Désireux de rappeler à chaque membre du corps social ses droits et ses responsabilités;

Prenant en considération les travaux de l'Assemblée parlementaire dans ce domaine, y compris la Recommandation 1160 (1991) sur l'élaboration d'une convention de bioéthique;

Résolus à prendre, dans le domaine des applications de la biologie et de la médecine, les mesures propres à garantir la dignité de l'être humain et les droits et libertés fondamentaux de la personne,

Sont convenus de ce qui suit:

Chapitre I – Dispositions générales

Article 1 – Objet et finalité

Les Parties à la présente Convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité et garantissent à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine.

Chaque Partie prend dans son droit interne les mesures nécessaires pour donner effet aux dispositions de la présente Convention.

Article 2 – Primauté de l'être humain

L'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science.

Article 3 – Accès équitable aux soins de santé

Les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée.

Article 4 – Obligations professionnelles et règles de conduite

Toute intervention dans le domaine de la santé, y compris la recherche, doit être effectuée dans le respect des normes et obligations professionnelles, ainsi que des règles de conduite applicables en l'espèce.

Chapitre II – Consentement

Article 5 – Règle générale

Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé.

Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques.

La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement.

Article 6 – Protection des personnes n'ayant pas la capacité de consentir

1. Sous réserve des articles 17 et 20, une intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir, que pour son bénéfice direct.

2. Lorsque, selon la loi, un mineur n'a pas la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi.

L'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité.

3. Lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi.

La personne concernée doit dans la mesure du possible être associée à la procédure d'autorisation.

4. Le représentant, l'autorité, la personne ou l'instance mentionnés aux paragraphes 2 et 3 reçoivent, dans les mêmes conditions, l'information visée à l'article 5.

5. L'autorisation visée aux paragraphes 2 et 3 peut, à tout moment, être retirée dans l'intérêt de la personne concernée.

Article 7 – Protection des personnes souffrant d'un trouble mental

La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours.

Article 8 – Situations d'urgence

Lorsqu'en raison d'une situation d'urgence le consentement approprié ne peut être obtenu, il pourra être procédé immédiatement à toute intervention médicalement indispensable pour le bénéfice de la santé de la personne concernée.

Article 9 – Souhaits précédemment exprimés

Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte.

Chapitre III – Vie privée et droit à l'information

Article 10 – Vie privée et droit à l'information

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée s'agissant des informations relatives à sa santé.
2. Toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé. Cependant, la volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée.
3. A titre exceptionnel, la loi peut prévoir, dans l'intérêt du patient, des restrictions à l'exercice des droits mentionnés au paragraphe 2.

Chapitre IV – Génome humain

Article 11 – Non-discrimination

Toute forme de discrimination à l'encontre d'une personne en raison de son patrimoine génétique est interdite.

Article 12 – Tests génétiques prédictifs

Il ne pourra être procédé à des tests prédictifs de maladies génétiques ou permettant soit d'identifier le sujet comme porteur d'un gène responsable d'une maladie soit de détecter une prédisposition ou une susceptibilité génétique à une maladie qu'à des fins médicales ou de recherche médicale, et sous réserve d'un conseil génétique approprié.

Article 13 – Interventions sur le génome humain

Une intervention ayant pour objet de modifier le génome humain ne peut être entreprise que pour des raisons préventives, diagnostiques ou thérapeutiques et seulement si elle n'a pas pour but d'introduire une modification dans le génome de la descendance.

Article 14 – Non-sélection du sexe

L'utilisation des techniques d'assistance médicale à la procréation n'est pas admise pour choisir le sexe de l'enfant à naître, sauf en vue d'éviter une maladie héréditaire grave liée au sexe.

Chapitre V – Recherche scientifique

Article 15 – Règle générale

La recherche scientifique dans le domaine de la biologie et de la médecine s'exerce librement sous réserve des dispositions de la présente Convention et des autres

dispositions juridiques qui assurent la protection de l'être humain.

Article 16 – Protection des personnes se prêtant à une recherche

Aucune recherche ne peut être entreprise sur une personne à moins que les conditions suivantes ne soient réunies:

- i. il n'existe pas de méthode alternative à la recherche sur des êtres humains, d'efficacité comparable;
- ii. les risques qui peuvent être encourus par la personne ne sont pas disproportionnés par rapport aux bénéfices potentiels de la recherche;
- iii. le projet de recherche a été approuvé par l'instance compétente, après avoir fait l'objet d'un examen indépendant sur le plan de sa pertinence scientifique, y compris une évaluation de l'importance de l'objectif de la recherche, ainsi que d'un examen pluridisciplinaire de son acceptabilité sur le plan éthique;
- iv. la personne se prêtant à une recherche est informée de ses droits et des garanties prévues par la loi pour sa protection;
- v. le consentement visé à l'article 5 a été donné expressément, spécifiquement et est consigné par écrit. Ce consentement peut, à tout moment, être librement retiré.

Article 17 – Protection des personnes qui n'ont pas la capacité de consentir à une recherche

1. Une recherche ne peut être entreprise sur une personne n'ayant pas, conformément à l'article 5, la capacité d'y consentir que si les conditions suivantes sont réunies:

- i. les conditions énoncées à l'article 16, alinéas i à iv, sont remplies;
- ii. les résultats attendus de la recherche comportent un bénéfice réel et direct pour sa santé;
- iii. la recherche ne peut s'effectuer avec une efficacité comparable sur des sujets capables d'y consentir;
- iv. l'autorisation prévue à l'article 6 a été donnée spécifiquement et par écrit; et
- v. la personne n'y oppose pas de refus.

2. A titre exceptionnel et dans les conditions de protection prévues par la loi, une recherche dont les résultats attendus ne comportent pas de bénéfice direct pour la santé de la personne peut être autorisée si les conditions énoncées aux alinéas i, iii, iv et v du paragraphe 1 ci-dessus ainsi que les conditions supplémentaires suivantes sont réunies:

- i. la recherche a pour objet de contribuer, par une amélioration significative de la connaissance scientifique de l'état de la personne, de sa maladie ou de son trouble, à l'obtention, à terme, de résultats permettant un bénéfice pour la personne concernée ou pour d'autres personnes dans la même catégorie d'âge ou souffrant de la même maladie ou trouble ou présentant les mêmes caractéristiques;
- ii. la recherche ne présente pour la personne qu'un risque minimal et une contrainte minimale.

Article 18 – Recherche sur les embryons *in vitro*

1. Lorsque la recherche sur les embryons *in vitro* est admise par la loi, celle-ci assure une protection adéquate de l'embryon.

2. La constitution d'embryons humains aux fins de recherche est interdite.

Chapitre VI – Prélèvement d'organes et de tissus sur des donneurs vivants à des fins de transplantation

Article 19 – Règle générale

1. Le prélèvement d'organes ou de tissus aux fins de transplantation ne peut être effectué sur un donneur vivant que dans l'intérêt thérapeutique du receveur et lorsque l'on ne dispose pas d'organe ou de tissu appropriés d'une personne décédée ni de méthode thérapeutique alternative d'efficacité comparable.

2. Le consentement visé à l'article 5 doit avoir été donné expressément et spécifiquement, soit par écrit soit devant une instance officielle.

Article 20 – Protection des personnes qui n'ont pas la capacité de consentir au prélèvement d'organe

1. Aucun prélèvement d'organe ou de tissu ne peut être effectué sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir conformément à l'article 5.

2. A titre exceptionnel et dans les conditions de protection prévues par la loi, le prélèvement de tissus régénérables sur une personne qui n'a pas la capacité de consentir peut être autorisé si les conditions suivantes sont réunies:

i. on ne dispose pas d'un donneur compatible jouissant de la capacité de consentir;

ii. le receveur est un frère ou une sœur du donneur;

iii. le don doit être de nature à préserver la vie du receveur;

iv. l'autorisation prévue aux paragraphes 2 et 3 de l'article 6 a été donnée spécifiquement et par écrit, selon la loi et en accord avec l'instance compétente,

v. le donneur potentiel n'y oppose pas de refus.

Chapitre VII – Interdiction du profit et utilisation d'une partie du corps humain

Article 21 – Interdiction du profit

Le corps humain et ses parties ne doivent pas être, en tant que tels, source de profit.

Article 22 – Utilisation d'une partie du corps humain prélevée

Lorsqu'une partie du corps humain a été prélevée au cours d'une intervention, elle ne peut être conservée et utilisée dans un but autre que celui pour lequel elle a été prélevée que conformément aux procédures d'information et de consentement appropriées.

Chapitre VIII – Atteinte aux dispositions de la Convention

Article 23 – Atteinte aux droits ou principes

Les Parties assurent une protection juridictionnelle appropriée afin d'empêcher ou faire cesser à bref délai une atteinte illicite aux droits et principes reconnus dans la présente Convention.

Article 24 – Réparation d'un dommage injustifié

La personne ayant subi un dommage injustifié résultant d'une intervention a droit à une réparation équitable dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi.

Article 25 – Sanctions

Les Parties prévoient des sanctions appropriées dans les cas de manquement aux dispositions de la présente Convention.

Chapitre IX – Relation de la présente Convention avec d'autres dispositions

Article 26 – Restrictions à l'exercice des droits

1. L'exercice des droits et les dispositions de protection contenus dans la présente Convention ne peuvent faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sûreté publique, à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé publique ou à la protection des droits et libertés d'autrui.

2. Les restrictions visées à l'alinéa précédent ne peuvent être appliquées aux articles 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 et 21.

Article 27 – Protection plus étendue

Aucune des dispositions de la présente Convention ne sera interprétée comme limitant ou portant atteinte à la faculté pour chaque Partie d'accorder une protection plus étendue à l'égard des applications de la biologie et de la médecine que celle prévue par la présente Convention.

Chapitre X – Débat public

Article 28 – Débat public

Les Parties à la présente Convention veillent à ce que les questions fondamentales posées par les développements de la biologie et de la médecine fassent l'objet d'un débat public approprié à la lumière, en particulier, des implications médicales, sociales, économiques, éthiques et juridiques pertinentes, et que leurs possibles applications fassent l'objet de consultations appropriées.

Chapitre XI – Interprétation et suivi de la Convention

Article 29 – Interprétation de la Convention

La Cour européenne des Droits de l'Homme peut donner, en dehors de tout litige concret

se déroulant devant une juridiction, des avis consultatifs sur des questions juridiques concernant l'interprétation de la présente Convention à la demande:

? du Gouvernement d'une Partie, après en avoir informé les autres Parties;

? du Comité institué par l'article 32, dans sa composition restreinte aux Représentants des Parties à la présente Convention, par décision prise à la majorité des deux tiers des voix exprimées.

Article 30 – Rapports sur l'application de la Convention

Toute Partie fournira, sur demande du Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, les explications requises sur la manière dont son droit interne assure l'application effective de toutes les dispositions de cette Convention.

Chapitre XII – Protocoles

Article 31 – Protocoles

Des protocoles peuvent être élaborés conformément aux dispositions de l'article 32, en vue de développer, dans des domaines spécifiques, les principes contenus dans la présente Convention.

Les protocoles sont ouverts à la signature des signataires de la Convention. Ils seront soumis à ratification, acceptation ou approbation. Un signataire ne peut ratifier, accepter ou approuver les protocoles sans avoir antérieurement ou simultanément ratifié, accepté

ou approuvé la Convention.

Chapitre XIII – Amendements à la Convention

Article 32 – Amendements à la Convention

1. Les tâches confiées au «comité» dans le présent article et dans l'article 29 sont effectuées par le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI), ou par tout autre comité désigné à cette fin par le Comité des Ministres.
2. Sans préjudice des dispositions spécifiques de l'article 29, tout Etat membre du Conseil de l'Europe ainsi que toute Partie à la présente Convention qui n'est pas membre du Conseil de l'Europe peut se faire représenter au sein du comité, lorsque celui-ci accomplit les tâches confiées par la présente Convention, et y dispose d'une voix.
3. Tout Etat visé à l'article 33 ou invité à adhérer à la Convention conformément aux dispositions de l'article 34, qui n'est pas Partie à la présente Convention, peut désigner un observateur auprès du comité. Si la Communauté européenne n'est pas Partie, elle peut désigner un observateur auprès du comité.
4. Afin de tenir compte des évolutions scientifiques, la présente Convention fera l'objet d'un examen au sein du comité dans un délai maximum de cinq ans après son entrée en vigueur, et par la suite à des intervalles que le comité pourra déterminer.
5. Toute proposition d'amendement à la présente Convention ainsi que toute proposition de protocole ou d'amendement à un protocole, présentée par une Partie, par le comité ou le Comité des Ministres, est communiquée au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe et transmise par ses soins aux Etats membres du Conseil de l'Europe, à la Communauté européenne, à tout signataire, à toute Partie, à tout Etat invité à signer la présente Convention conformément aux dispositions de l'article 33, et à tout Etat invité à y adhérer conformément aux dispositions de l'article 34.
6. Le comité examine la proposition au plus tôt deux mois après qu'elle a été transmise par le Secrétaire Général conformément au paragraphe 5. Le Comité soumet le texte adopté à la majorité des deux tiers des voix exprimées à l'approbation du Comité des Ministres. Après son approbation, ce texte est communiqué aux Parties en vue de sa ratification, son acceptation ou son approbation.
7. Tout amendement entrera en vigueur, à l'égard des Parties qui l'ont accepté, le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période d'un mois après la date à laquelle cinq Parties, y compris au moins quatre Etats membres du Conseil de l'Europe, auront informé le Secrétaire Général qu'elles l'ont accepté.
Pour toute Partie qui l'aura accepté ultérieurement, l'amendement entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période d'un mois après la date à laquelle ladite Partie aura informé le Secrétaire Général de son acceptation.

Chapitre XIV – Clauses finales

Article 33 – Signature, ratification et entrée en vigueur

1. La présente Convention est ouverte à la signature des Etats membres du Conseil

de l'Europe, des Etats non membres qui ont participé à son élaboration et de la Communauté européenne.

2. La présente Convention sera soumise à ratification, acceptation ou approbation. Les instruments de ratification, d'acceptation ou d'approbation seront déposés près le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe.

3. La présente Convention entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période de trois mois après la date à laquelle cinq Etats, incluant au moins quatre Etats membres du Conseil de l'Europe, auront exprimé leur consentement à être liés par la Convention, conformément aux dispositions du paragraphe précédent.

4. Pour tout Signataire qui exprimera ultérieurement son consentement à être lié par la Convention, celle-ci entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période de trois mois après la date du dépôt de son instrument de ratification, d'acceptation ou d'approbation.

Article 34 – Etats non membres

1. Après l'entrée en vigueur de la présente Convention, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe pourra, après consultation des Parties, inviter tout Etat non membre du Conseil de l'Europe à adhérer à la présente Convention par une décision prise à la majorité prévue à l'article 20, alinéa d, du Statut du Conseil de l'Europe et à l'unanimité des voix des représentants des Etats contractants ayant le droit de siéger au Comité des Ministres.

2. Pour tout Etat adhérent, la Convention entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période de trois mois après la date du dépôt de l'instrument d'adhésion près le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe.

Article 35 – Application territoriale

1. Tout Signataire peut, au moment de la signature ou au moment du dépôt de son instrument de ratification, d'acceptation ou d'approbation, désigner le territoire ou les territoires auxquels s'appliquera la présente Convention. Tout autre Etat peut formuler la même déclaration au moment du dépôt de son instrument d'adhésion.

2. Toute Partie peut, à tout moment par la suite, par une déclaration adressée au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, étendre l'application de la présente Convention à tout autre territoire désigné dans la déclaration et dont elle assure les relations internationales ou pour lequel elle est habilitée à stipuler. La Convention entrera en vigueur à l'égard de ce territoire le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période de trois mois après la date de réception de la déclaration par le Secrétaire Général.

3. Toute déclaration faite en vertu des deux paragraphes précédents pourra être retirée, en ce qui concerne tout territoire désigné dans cette déclaration, par notification adressée au Secrétaire Général. Le retrait prendra effet le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période de trois mois après la date de réception de la notification par le Secrétaire Général.

Article 36 – Réserves

1. Tout Etat et la Communauté européenne peuvent, au moment de la signature de la présente Convention ou du dépôt de l'instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation ou d'adhésion, formuler une réserve au sujet d'une disposition particulière de la Convention, dans la mesure où une loi alors en vigueur sur son

territoire n'est pas conforme à cette disposition. Les réserves de caractère général ne sont pas autorisées aux termes du présent article.

2. Toute réserve émise conformément au présent article comporte un bref exposé de la loi pertinente.

3. Toute Partie qui étend l'application de la présente Convention à un territoire désigné par une déclaration prévue en application du paragraphe 2 de l'article 35 peut, pour le territoire concerné, formuler une réserve, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

4. Toute Partie qui a formulé la réserve visée dans le présent article peut la retirer au moyen d'une déclaration adressée au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe. Le retrait prendra effet le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période d'un mois après la date de réception par le Secrétaire Général.

Article 37 – Dénonciation

1. Toute Partie peut, à tout moment, dénoncer la présente Convention en adressant une notification au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe.

2. La dénonciation prendra effet le premier jour du mois qui suit l'expiration d'une période de trois mois après la date de réception de la notification par le Secrétaire Général.

Article 38 – Notifications

Le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe notifiera aux Etats membres du Conseil, à la Communauté européenne, à tout Signataire, à toute Partie et à tout autre Etat qui a été invité à adhérer à la présente Convention:

a. toute signature;

b. le dépôt de tout instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation ou d'adhésion;

c. toute date d'entrée en vigueur de la présente Convention, conformément à ses articles 33 ou 34;

d. tout amendement ou protocole adopté conformément à l'article 32, et la date à laquelle cet amendement ou protocole entre en vigueur;

e. toute déclaration formulée en vertu des dispositions de l'article 35;

f. toute réserve et tout retrait de réserve formulés conformément aux dispositions de l'article 36;

g. tout autre acte, notification ou communication ayant trait à la présente Convention.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés à cet effet, ont signé la présente Convention.

Fait à Oviedo (Asturies), le 4 avril 1997, en français et en anglais, les deux textes faisant également foi, en un seul exemplaire qui sera déposé dans les archives du Conseil de l'Europe. Le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe en communiquera copie certifiée conforme à chacun des Etats membres du Conseil de l'Europe, à la Communauté européenne, aux Etats non membres qui ont participé à l'élaboration de la présente Convention, et à tout Etat invité à adhérer à la présente Convention.

ANNEXE 2 : ESHRE Task Force on Ethics and Law : Surrogacy

Human Reproduction Vol.20, No.10 pp. 2705–2707

Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology.

ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy

ESHRE Task Force on Ethics and Law including F.Shenfield, G.Pennings, J.Cohen, P.Devroey, G.de Wert and B.Tarlatzis

This 10th statement of the Task Force on Ethics and Law considers ethical questions specific to varied surrogacy arrangements. Surrogacy is especially complex as the interests of the intended parents, the surrogate, and the future child may differ. It is concluded that surrogacy is an acceptable method of assisted reproductive technology of the last resort for specific medical indications, for which only reimbursement of reasonable expenses is allowed.

Introduction

The aim of this paper is to consider the ethical issues related to surrogacy. A ‘surrogate’ is a woman who becomes pregnant, carries and delivers a child on behalf of another couple (intended or commissioning parents). The term surrogacy covers several situations. In the first situation (full surrogacy), the gestating woman has no genetic link to the child. In that case, (i) the gametes of both commissioning parents are used; (ii) both gametes come from donors (donation of either supernumerary or de novo-created embryos); or (iii) one of the commissioning parents provides the gametes and a gamete donor the other. In the second situation (partial surrogacy), the surrogate mother has a genetic link by providing the oocyte. In either case, the gestating woman intends to relinquish the child to the commissioning parents, who want to assume parental responsibility.

Surrogacy presents several problems in the context of treatments involving third parties (collaborative treatments), e.g. the intended relinquishment by the gestating woman of the child she has carried; the relationship of the commissioning parents towards that child and towards the surrogate; and potential commercialization.

Background and scientific facts

Potential indications

Surrogacy without genetic link Gametes provided by both commissioning parents. A distinction can be made between: (i) indications such as absent or scarred uterus/endometrium (congenital causes like Mayer–Rokitanski– Küster syndrome, inoperable scarred uterus, hysterectomy) which are absolute; and (ii) medical contraindications to pregnancy which are relative and can vary according to the

magnitude of the risk and the severity of the condition for either the gestating woman or the future child (e.g. heart or renal failure, severe Rhesus iso-immunization). There is no consensus for other indications such as repeated miscarriages and repeated IVF failures. They should be confirmed by research.

In some countries surrogacy is performed for social reasons ('for convenience').

Double gamete donation or embryo donation. The indications are a combination of all the above together with the absence of gametes of both commissioning parents or severe genetic problems in both commissioning parents. The latter case seems a rare possibility.

Single gamete donation. The indications are a combination of the indications for full surrogacy plus absence of gametes or genetic problem in either commissioning parent. In the case of a problem with the commissioning mother, this may be due to premature ovarian failure, ovariectomy, Turner's syndrome or cancer treatment.

Surrogacy with genetic link

The indications are identical to those for single gamete donation in the commissioning mother; the only difference is that the surrogate also provides the oocytes.

Kinds of surrogates

There are different kinds of surrogate women linked to the system of recruitment: in a largely non-commercial system, surrogates will usually be family members or friends, whereas in a commercial system the number of unrelated women, is higher.

Pregnancy risks

These include miscarriage, ectopic pregnancy, risk of multiple pregnancy which may be more common, and medical complications of pregnancy; the latter increase with age and complicated reproductive history.

Success rate

Pregnancy rates are satisfactory and comparable to those reported for similar technologies without surrogacy. Success rates are affected by the same factors such as age of the oocyte provider.

Psychosocial aspects

The available evidence is based on a limited number of cases and small studies.

The commissioning parents.

Within the appropriate context (implication counselling, screening protocols of all parties involved), it is generally experienced as a positive procedure by the commissioning parents, which is understandable as it is their only chance to become parents. However, on some occasions major (legal and psychological) problems arise. The procedure is also likely to be less problematic when both commissioning parents have a genetic link with the offspring.

Surrogates.

Surrogate women do not generally experience major problems under the same conditions mentioned above (appropriate counselling and careful selection of candidates). Nevertheless, some of them experience psychological problems at the moment they relinquish the child, and there have been reports of exceptional cases where the surrogate woman decides to keep the child.

The surrogate's child(ren). The available information is extremely limited. The psychological consequences for the surrogate's child(ren) of giving away the newborn birth sibling are unknown.

The prospective child of commissioning parents.

Again the available information is extremely limited; some risks are known (risk of rejection or risk of being the object of a conflict between the parties), others are not known as long-term follow-up studies have only just started.

General ethical principles

Surrogacy is an acceptable procedure if it is an altruistic act by a woman to help a couple for which it is impossible or medically contraindicated to carry a pregnancy. We are aware of the moral objections against the procedure and of the potential risks and complications. However, these objections are insufficient reasons to prohibit surrogacy altogether. But it is essential that there are measures and guidelines in order to protect all parties, to guarantee well-considered decision-making and to minimize risk.

Payment

Several arguments have been presented against payment for surrogacy. These include insult to human dignity, the instrumentalization of the human body, potential exploitation of vulnerable women and inappropriate inducement (coercion) of women. When all these arguments are taken into account, altruistic surrogacy is the only acceptable form. Reimbursement of medical expenses incurred during the pregnancy and directly pregnancy-related complications, which are not covered by the national health service or private insurance, should be reimbursed. The surrogate should also be compensated for pregnancy-related expenses as well as the loss of actual income (but not potential income) if this is not covered by the national social security system.

Autonomy

By the very nature of the agreement, both parties involved (the commissioning couple and the surrogate) have voluntarily accepted certain restrictions on their autonomy. The agreement creates prevailing moral obligations for both parties. They cannot unilaterally change their minds after the start of the pregnancy. Even in the case of divorce, the original agreement stands and the commissioning parents will still be the parents. Only in the case of the commissioning parents' death before birth would the surrogate have first choice to keep the child or to give it up for adoption.

Since the surrogate freely accepted to conceive and deliver a child on behalf of another couple, she simultaneously accepted certain restrictions to her autonomy. She is expected to behave as a responsible woman (i.e. to adopt a healthy life style etc.) and to

conform to the original agreement with the future parents with regards to prenatal screening and testing. This includes the possibility of considering a termination of pregnancy in case of severe malformation of the fetus.

Informed consent

The surrogate. Generally, when a woman carries a child, there is a legal rule (presumption) that the care of this child is going to be undertaken by her, and that she will assume this moral responsibility. Surrogacy is intended to bring about a child for the commissioning parents. The implication of the process is therefore that the surrogate woman cannot keep any right or responsibility for the child after delivery. The woman who gestates is not expected to have parental rights or responsibility to the child she delivers. Therefore it should be made clear at the outset of the procedure that the intended parents have the primary responsibility for the child. The information provided to the future surrogate should thus be that she will have to hand the child over to the commissioning parents. We are aware of particular concerns when the gestating woman also provides the oocyte (partial surrogacy). Until we have further evidence, we would discourage this kind of surrogacy agreement.

The commissioning parents.

They should be informed that they are the parents of any born child. For the best interest of the future child, their moral responsibility is engaged from the start of the project.

The gestational woman's family.

The consent of the current partner is necessary in order to protect their relationship, and also because, as the law stands in a number of countries, the male partner would be the legal father of the child till the commissioning parents become the legal parents. The interest of her child(ren) must also be taken into consideration during the implication counselling process.

Safety.

The same precautions should be implemented as for gamete donation (see Task Force 3), including screening for HIV, hepatitis B and hepatitis C. We also strongly recommend the transfer of only one embryo of good quality as a general rule, and two at the most if the embryos are of less good quality, the oocyte provider is aged >35 years and/or the number of fertilized oocytes is low (see Task Force 6). The surrogate should be fit for pregnancy as judged by appropriate medical and psychological criteria. We also recommend one act of surrogacy per woman, unless the pregnancy is for the same commissioning couple.

Specific ethical principles

Pregnancy

Antenatal screening. A mutual agreement should ideally be reached along the usual recommendations of antenatal screening unless all parties decide otherwise consensually.

Preconception and prenatal care: The surrogate undertakes the pregnancy freely and deliberately. As a consequence, she should behave as a reasonable pregnant woman by taking all the precautions advised in modern antenatal care (vitamins, no smoking, moderate alcohol use, etc.).

Termination of pregnancy. A termination of pregnancy can be justified for medical reasons (for the surrogate). From an ethical point of view (as mentioned in the section on general ethical principles), it is inappropriate to terminate a healthy pregnancy against the wish of the commissioning parents. However, the surrogate has a legal right to do so and this risk should be taken into account by the commissioning couple when stepping into the agreement. Given the principle of respect for autonomy and bodily integrity of a pregnant woman, it is impossible either to prevent the gestating woman from terminating the pregnancy, or to force a termination upon her. Nevertheless, since she freely accepted this project, she has the *prima facie* moral obligation to continue the pregnancy.

Mode of delivery. Taking into account the principle of autonomy of the pregnant woman, she cannot be forced to accept the advice of the obstetric team, but she still has a *prima facie* obligation to accept the advice that will ensure the best outcome for the child as well as for herself.

Enforceability of the agreement

Legal enforcement of the surrogate's behaviour is not possible before delivery. Therefore counselling should raise all points detailed above, and the parties should reach a mutual agreement on all foreseeable hazards. Since the commissioning parents are fully responsible for the born child, a surrogate has no right to keep the child. Like a gamete donor, she never acquired parental rights or responsibilities. On the other hand, the agreement is also binding for the commissioning parents in case the child would be handicapped or in case of a multiple pregnancy. Regardless of what was stipulated in the agreement, the child or children born are their responsibility.

The welfare of the future child born from surrogacy

There is little empirical evidence and no long-term follow-up studies regarding the social and psychological consequences of such an arrangement. No information is available for instance on the potential confusion about maternal roles. Long-term consequences if the surrogate woman keeps in contact with the resulting family have not been studied either. The possibility of conflicts cannot be excluded. Openness by the parents towards the child about its mode of conception is advisable. The wish of the child to know its genetic origin should be taken into consideration by the parents in cases where donor gametes or the oocyte of the surrogate have been used.

The duty and responsibility of the doctor

There is neither a moral nor a legal obligation on the part of the doctor to collaborate in a surrogacy project. If he or she decides to collaborate, he or she has: (i) a duty to inform all parties about the medical, social, psychological, emotional, moral and legal issues involved in surrogacy; (ii) to make sure that the candidates fulfil the indications; and (iii) to ensure that the parties receive appropriate screening and counselling in order to reduce risk and promote free and well-informed decision-making. The practitioner has the same obligation of care towards the pregnant surrogate as to any pregnant woman, although additional counselling and emotional support may be necessary.

Intrafamilial surrogacy

Different types of intrafamilial surrogacy can be distinguished: between sisters and intergenerational, either of mother for her daughter or vice versa. The main concerns in the literature are moral coercion and relational bewilderment for the offspring. We have no principled objection to known surrogacy either by mother or sister. No evidence is available at present that such arrangements have generated additional problems but careful counselling of both parties is indispensable. For those cases where the daughter serves as a surrogate for her mother, there may be an increased risk of dependency and undue pressure.

Recommendations

Surrogacy is a morally acceptable method of assisted reproduction of last resort. The least problematic indication is the absence of the uterus regardless of aetiology (absolute indication). Other indications may include serious health risks for the intended mother and difficulties in becoming pregnant (relative indication). Because of the risks and uncertainties for all parties involved, reluctance regarding the broadening of relative indications is advisable.

Payment for services is unacceptable; only reimbursement of reasonable expenses and compensation for loss of actual income should be considered.

All parties involved should be counselled and screened separately by independent specialists.

The surrogate should be aged <35 years for partial surrogacy and <45 years for full surrogacy. In order to ensure free and well-considered decision-making by the surrogate/gestating woman, it is required that the woman has at least one child. A 'cooling off period' is recommended so that all parties can think through their decision.

It is strongly recommended that only one embryo should be replaced in order to prevent multiple pregnancies and to avoid unnecessary endangerment of the surrogate's and the future child's health. For special conditions, the replacement of a maximum of two embryos can be considered. Long-term follow-up studies both of the resulting family and of the family of the gestating woman should be conducted, especially to gain insight in the psychological impact of the arrangement on the child(ren).

The commissioning parents should be well aware that the surrogate has the legal right to make decisions about her pregnancy against their will and against the original agreement.

ANNEXE 3 : Le don d'organes entre personnes vivantes.

Article L1231-1 (lois de bioéthique 2004)

« Le prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être opéré que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur. Par dérogation au premier alinéa, peuvent être autorisés à se prêter à un prélèvement d'organe dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur son conjoint, ses frères ou sœurs, ses fils ou filles, ses grands-parents, ses oncles ou tantes, ses cousins germains et cousines germaines ainsi que le conjoint de son père ou de sa mère. Le donneur peut également être toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur. Le donneur, préalablement informé par le comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3 des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement, doit exprimer son consentement devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure au préalable que le consentement est libre et éclairé et que le don est conforme aux conditions prévues aux premier et deuxième alinéas. En cas d'urgence vitale, le consentement est recueilli, par tout moyen, par le procureur de la République. Le consentement est révocable sans forme et à tout moment. L'autorisation prévue au deuxième alinéa est délivrée, postérieurement à l'expression du consentement, par le comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3. Les prélèvements sur les personnes mentionnées au premier alinéa peuvent également, sauf en cas d'urgence vitale, être soumis à l'autorisation de ce comité lorsque le magistrat chargé de recueillir le consentement l'estime nécessaire. L'Agence de la biomédecine est informée, préalablement à sa réalisation, de tout prélèvement d'organes à fins thérapeutiques sur une personne vivante. [...] »

Article L1231-2

« Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale. »

Des dispositions concernent les donneurs vivants :

Article R1231-1

« Le médecin responsable du service, du département ou de la structure de soins de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est envisagé saisit le comité d'experts compétent mentionné à l'article R. 1231-5. Il informe de cette saisine le directeur de l'établissement. L'information délivrée au donneur par le comité d'experts ou, en cas d'urgence vitale, par le médecin qui a posé l'indication de greffe ou par tout autre médecin du choix du donneur porte sur les risques courus par le donneur, sur les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychologique du prélèvement ainsi que sur les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie personnelle, familiale et professionnelle du donneur. Elle porte également sur les résultats qui peuvent être attendus de la greffe pour le receveur. Le comité d'experts compétent procède à

l'audition du donneur et s'assure que ce dernier a mesuré les risques et les conséquences du prélèvement au vu de l'information qui lui a été délivrée. »

Article R1231-2

« Le donneur exprime son consentement devant le président du tribunal de grande instance ou son délégué saisi par simple requête. Le ministère d'avocat n'est pas obligatoire. Sous réserve des dispositions des deux alinéas suivants, le tribunal de grande instance territorialement compétent est le tribunal dans le ressort duquel demeure le donneur. Lorsqu'il a dû s'éloigner de son lieu de résidence habituel pour être auprès du receveur hospitalisé dans un établissement de santé, le donneur saisit soit le tribunal de grande instance dans le ressort duquel il demeure soit le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé cet établissement. Lorsque le donneur demeure en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Mayotte, à Wallis et Futuna, dans les Terres australes et antarctiques françaises ou à l'étranger, le tribunal de grande instance territorialement compétent est celui dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le prélèvement est envisagé. »

Article R1231-3

« L'acte par lequel est recueilli le consentement est dressé par écrit. Il est signé par le magistrat et par le donneur. Lorsque le magistrat estime que le prélèvement doit être autorisé par le comité d'experts compétent en application du cinquième alinéa de l'article L. 1231-1, il en fait mention dans l'acte par lequel est recueilli le consentement. La minute de l'acte par lequel est recueilli le consentement est conservée au greffe du tribunal. Une copie en est adressée au donneur et au médecin responsable du service, du département ou de la structure de soins de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est envisagé, qui la transmet au directeur de l'établissement. »

Article R1231-4

« Lorsque l'urgence vitale est attestée auprès du procureur de la République par le médecin responsable du service, du département ou de la structure de soins de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est envisagé, qui précise que le donneur a reçu une information sur les risques et les conséquences du prélèvement, le donneur adresse par tout moyen au procureur de la République un document signé dans lequel il fait part de son consentement au don et atteste de la nature de son lien avec le receveur. Le procureur de la République atteste par écrit qu'il a recueilli le consentement du donneur. Il communique cet écrit par tout moyen au donneur et au médecin responsable du service, du département ou de la structure de soins de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est envisagé, qui le transmet au directeur de l'établissement. »

Article R1231-8

« Le donneur adresse au comité d'experts compétent mentionné à l'article R. 1231-5 une demande d'autorisation de prélèvement, accompagnée d'une copie de l'acte par lequel a été recueilli son consentement. Le comité d'experts procède à toutes les

investigations et à toutes les consultations qu'il estime nécessaires pour éclairer sa décision. Il peut solliciter les explications écrites ou orales du médecin qui doit procéder au prélèvement, du médecin responsable du service, du département ou de la structure de soins dans lequel le prélèvement doit être effectué ou du médecin qui a posé l'indication de greffe. »

Article R1231-10

« Le comité d'experts communique sa décision par écrit au donneur et au médecin responsable du service, du département ou de la structure de soins de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est envisagé, qui la transmet au directeur de l'établissement. »

Et enfin : Article R1232-4-3

« Il est mis fin aux mesures médicales prises avant le prélèvement pour assurer la conservation des organes d'une personne dont la mort a été dûment constatée s'il apparaît, au vu du témoignage des proches de cette personne recueilli en application de l'article L. 1232-1, qu'elle avait manifesté de son vivant une opposition au don d'organes. »

ANNEXE 4 : Assistance Médicale à la Procréation

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 art. 24 I Journal Officiel du 7 août 2004 (extrait).

Article L. 2141-1 du code de la santé publique

L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence de la biomédecine.

La stimulation ovarienne, y compris lorsqu'elle est mise en œuvre indépendamment d'une technique d'assistance médicale à la procréation, est soumise à des recommandations de bonnes pratiques.

ANNEXE 5 - L'accueil d'embryon

Décret du Décret du 23 décembre 2006 (extrait)

« Accueil de l'embryon

« *Art. R. 2141-2.* - Le consentement écrit mentionné à l'article L. 2141-5 à un accueil de l'embryon par un couple tiers est précédé d'au moins un entretien entre d'une part, les deux membres du couple à l'origine de la conception de l'embryon ou le membre survivant et d'autre part, l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire du centre d'assistance médicale à la procréation tel que définie à l'article R. 2142-8 où est conservé cet embryon.

..

« Ces entretiens permettent notamment :

« 1o D'informer les deux membres du couple ou le membre survivant des dispositions législatives et

réglementaires relatives à l'accueil de l'embryon et notamment des prescriptions s'opposant à ce que le couple accueillant l'embryon et celui y ayant renoncé connaissent leurs identités respectives, ainsi que des conséquences de ces dispositions au regard de la filiation ;

« 2o De leur préciser la nature des examens à effectuer s'ils ne l'ont déjà été dans les conditions définies à l'article R. 2141-4, en vue d'assurer le respect des règles de sécurité sanitaire mentionnées à l'article L. 2141-6 ;

« 3o De leur indiquer que leur consentement à l'accueil de l'embryon par un couple tiers implique leur

consentement à la conservation des informations relatives à leur santé, mentionnées à l'article R. 2141-7 ;

« 4o De les informer que leur consentement doit être confirmé par écrit après un délai de réflexion de trois mois, prévu à l'article L. 2141-4 à partir de la date du premier entretien ou, s'il y en a eu plusieurs, à compter de la date du dernier d'entre eux.

« En cas de refus d'au moins un des membres du couple ou du membre survivant de satisfaire aux

obligations mentionnés aux 2o et 3o ci-dessus, les embryons ne peuvent faire l'objet d'un accueil.

« *Art. R. 2141-3.* - Seuls les centres autorisés conformément aux dispositions de l'article R. 2142-7 peuvent conserver les embryons en vue de leur accueil et mettre en oeuvre celui-ci.

« Si le centre, sous la responsabilité duquel le consentement a été recueilli dans les conditions fixées à

l'article R. 2141-2 n'est pas autorisé à conserver des embryons en vue de leur accueil et à mettre en oeuvre celui-ci, il les remet à un centre autorisé. Il lui transmet également la copie du dossier du couple mentionné à l'article R. 2142-9, dans les conditions propres à garantir la confidentialité des informations qu'il contient.

« *Art. R. 2141-4.* - Un praticien agréé du centre mentionné au premier alinéa de l'article R. 2141-3 s'assure que les résultats des analyses de biologie médicale pratiquées chez les deux membres du couple à l'origine de la conception des embryons sont négatifs en ce qui concerne les marqueurs biologiques d'infection ou, lorsque cela est techniquement possible, d'infectivité relatifs aux affections suivantes :

« 1o Infection par les virus VIH 1 et 2 ;

« 2o Infection par les virus des hépatites B et C ;

« 3o Syphilis.

« Ces analyses doivent avoir été effectuées au moins six mois après la date de congélation de l'embryon susceptible de faire l'objet d'un accueil.

« Lorsque l'embryon conçu est issu d'un don de gamètes, le praticien s'assure du respect des règles de

sécurité sanitaire prévues aux articles R. 1211-25 à R. 1211-28.

« Lorsque les résultats de l'une ou plusieurs des analyses mentionnées ci-dessus sont positifs, l'embryon ne peut être cédé en vue de son accueil.

« Le praticien agréé mentionné au premier alinéa s'enquiert également des antécédents personnels et

familiaux des deux membres du couple à l'origine de la conception et des données cliniques actuelles qu'il estime nécessaire de recueillir. Au vu de ces antécédents et de ces données cliniques, il fait pratiquer les analyses complémentaires qu'il juge utiles.

« L'embryon ne peut être cédé en vue de son accueil lorsqu'il existe un risque potentiel de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou d'autres encéphalopathies

subaiguës spongiformes transmissibles. Les critères ou antécédents faisant suspecter l'existence de ce risque sont précisés par l'arrêté mentionné aux articles R. 2142-24 et R. 2142-27.

« *Art. R. 2141-5.* - Après un délai d'au moins trois mois suivant l'entretien prévu à l'article R. 2141-2, les deux membres du couple à l'origine de la conception des embryons ou le membre survivant de ce couple confirment par écrit au praticien agréé mentionné à l'article R. 2141-4, sur un document daté et revêtu de leur signature, leur consentement à l'accueil d'un ou plusieurs de leurs embryons. Ce document mentionne que les informations mentionnées à l'article R. 2141-2 leur ont été données ; un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'Agence de la biomédecine, fixe le contenu de ce document.

« Le praticien agréé s'assure que le couple a pu avoir accès à un médecin qualifié en psychiatrie ou à un psychologue.

« Le document mentionné au premier alinéa du présent article est adressé par le praticien agréé, en deux exemplaires au président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé le centre d'assistance médicale à la procréation mentionné au premier alinéa de l'article R. 2141-3. Le président du tribunal de grande instance ou son délégué procède, le cas échéant, à l'audition des deux membres du couple ayant consenti à l'accueil de leurs embryons ou du membre survivant de ce couple. Il retourne un exemplaire de ce document, visé par ses soins, au praticien agréé.

« Ce document est conservé par le centre mentionné au premier alinéa de l'article R. 2141-3.

« *Art. R. 2141-6.* - Les documents mentionnés à l'article R. 2141-5 sont transmis et conservés dans des conditions propres à garantir le respect de la confidentialité des informations qu'ils contiennent.

« *Art. R. 2141-7.* - A réception du document visé par le président du tribunal de grande instance mentionné à l'article R. 2141-5, le centre mentionné au premier alinéa de l'article R. 2141-3 constitue un dossier contenant les informations sur les deux membres du couple à l'origine de la conception qui peuvent être portées à la connaissance d'un médecin, sur sa demande, en cas de nécessité thérapeutique.

..

Ces informations portent notamment, sous forme rendue anonyme, sur :

« 1o Les antécédents médicaux personnels et familiaux de chacun des membres du couple et les données cliniques actuelles jugées nécessaires par les praticiens ;

« 2o Les résultats des tests de dépistages sanitaires obligatoires prévus à l'article R. 2141-4. Le praticien agréé mentionné à l'article R. 2141-4 est responsable de la tenue du dossier et de l'exactitude des informations qui y sont consignées.

« L'archivage de ce dossier doit être effectué dans des conditions garantissant la confidentialité des informations qu'il contient.

« *Art. R. 2141-8.* - Le centre autorisé à conserver les embryons en vue de leur accueil et à mettre en œuvre celui-ci conserve, pour chaque couple à l'origine de la conception des embryons, outre le dossier défini à l'article R. 2141-7, les informations suivantes :

« 1o Le nombre d'embryons accueillis ;

« 2o La date des transferts en vue d'implantation ;

« 3o Toute information relative à l'évolution des grossesses induites par un accueil d'embryon, y compris leur éventuelle interruption, la date de naissance et l'état de santé des nouveau-nés et des enfants. « Les informations permettant d'établir un lien entre le couple à l'origine de la conception des embryons et les enfants à naître ou nés après accueil sont codées et conservées pour une durée minimale de quarante ans dans une chambre ou armoire forte spécifiquement affectée à cette conservation, à laquelle ont accès uniquement les praticiens agréés au titre des activités mentionnées au *e* du 1o et au *h* du 2o de l'article

R. 2142-1.

« *Art. R. 2141-9.* - Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article L. 2141-10, tout accueil

d'embryon doit être précédé d'au moins un entretien du couple désireux d'accueillir un embryon avec l'équipe médicale clinico-biologique pluridisciplinaire du centre autorisé à conserver les embryons en vue de leur accueil et à mettre en œuvre celui-ci. Doit se joindre à cette équipe un médecin qualifié en psychiatrie ou un psychologue.

« Un praticien de ce centre, agréé au titre des activités mentionnées au *e* du 1o de l'article R. 2142-1, établit un document certifiant que le couple souhaitant accueillir un embryon :

« – a été informé des risques entraînés par la mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation pour l'enfant à naître ;

« – répond aux conditions prévues à l'article L. 2141-2 et au premier alinéa de l'article L. 2141-6 ;

« – ne présente pas de contre-indication médicale à l'accueil d'un embryon.

« Une copie de ce document est transmise au président du tribunal de grande instance mentionné à l'article R. 2141-10.

« *Art. R. 2141-10.* - La demande aux fins d'autorisation d'accueil d'embryon ou la demande de

renouvellement de cette autorisation, formulée par un couple répondant aux conditions de l'article L. 2141-6, est portée devant le président du tribunal de grande instance ou son délégué.

« Le tribunal compétent est :

« – le tribunal du lieu où demeure le couple requérant, lorsque celui-ci demeure en France ;

« – le tribunal du lieu où est situé le centre autorisé dans lequel est envisagé le transfert de l’embryon en vue de son implantation, lorsque le couple requérant demeure à l’étranger.

« La demande est dispensée de ministère d’avocat.

« *Art. R. 2141-11.* - Avant de statuer sur la demande d’un couple aux fins d’autorisation d’accueil

d’embryon, le président du tribunal de grande instance, ou son délégué, s’assure, au vu du document mentionné à l’article R. 2141-9, que les conditions relevant d’une appréciation médicale, fixées par l’article L. 2141-2 et par le premier alinéa de l’article L. 2141-6, ont fait l’objet d’un contrôle par l’équipe médicale.

« S’il envisage de statuer favorablement sur la demande du couple, le président du tribunal de grande

instance, ou son délégué, s’assure auprès des époux ou des concubins qu’ils ont préalablement exprimé leur consentement à une assistance médicale à la procréation nécessitant l’intervention d’un tiers donneur, dans les conditions prévues par l’article 311-20 du code civil ainsi que par les articles 1157-2 et 1157-3 du nouveau code de procédure civile.

« Si tel n’est pas le cas, il recueille ce consentement.

« A la demande du couple, au terme de la durée de trois ans de validité de l’autorisation d’accueil

d’embryon prévue par l’article L. 2141-6, le président du tribunal de grande instance ou son délégué peut renouveler cette autorisation dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa du présent article.

« La décision rendue par le juge saisi de la demande aux fins d’autorisation d’accueil d’embryon ou d’une demande de renouvellement de celle-ci est notifiée par lettre recommandée avec demande d’avis de réception au couple demandeur.

« *Art. R. 2141-12.* - Le praticien agréé au titre du *h* du 2^o de l’article R. 2142-1 ne peut remettre l’embryon en vue de son accueil qu’au praticien agréé au titre des activités biologiques appelé à effectuer la préparation de l’embryon préalablement à son transfert.

« Avant de remettre l’embryon, le praticien agréé au titre du *h* du 2^o de l’article R. 2142-1 doit disposer du document mentionné à l’article R. 2141-5. Il doit s’assurer que le couple à l’origine de la conception de l’embryon remplit bien les conditions sanitaires prévues à l’article R. 2141-4.

« L’embryon est remis accompagné d’un document précisant :

« 1^o Le nom et l’adresse du centre conservant le dossier mentionné à l’article R. 2141-7 ;

« 2^o Les résultats des analyses prévues à l’article R. 2141-4 sans aucune mention permettant d’identifier le couple à l’origine de la conception de l’embryon ;

« 3o L'identité du couple accueillant l'embryon.

« *Art. R. 2141-13.* - Le praticien agréé au titre du c du 1o de l'article R. 2142-1 ne peut effectuer le

transfert de l'embryon que sur production par le couple d'une copie de la décision d'autorisation judiciaire d'accueil d'embryon mentionnée à l'article R. 2141-11.

ANNEXE 6 : Revue des aspects psychologiques de la GPA

« Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy ».

Journal of Social Issues (March, 2005)

Publication Date: 03/22/2005

Author: Ciccarelli, Janice C.; Beckman, Linda J.

COPYRIGHT 2005 Plenum Publishing Corporation

Surrogacy is both the oldest and the most controversial of reproductive innovations. Its documented history goes back at least as far as the Old Testament in which Hagar begot Ishmael with Abraham after his wife, Sarah, failed to conceive (Gem, 16 Authorized [King James] Version).

Moreover, artificial insemination (AI), a widely used method for surrogacy arrangements, is neither new nor high tech. It has been available for more than 100 years (Hammer-Burns & Covington, 1999, p. 20) and can be performed without medical assistance using a simple turkey baster (Ciccarelli, 1997; Gallagher, 1989). In the last 25 years, however the commercialization of surrogate mothering and the media firestorm associated with the Baby M case (Matter of Baby M, 1988) have led to a groundswell of interest and controversy about this technology (Ciccarelli, 1997).

Contractual parenting (commonly known as surrogacy) occurs when a couple, the intended parents, contracts with a woman to carry a child for them and to relinquish that child to them after birth (Ciccarelli, 1997; Ragone, 1996). There are two major types of surrogacy arrangements: traditional surrogacy and gestational surrogacy.

In traditional surrogacy, the surrogate is impregnated with the sperm of the male partner of the intended parents. In this case, the

impregnated woman is both the genetic and birth (i.e., gestational) mother and the intended father is also the genetic father (Ciccarelli, 1997; Ragone, 1996). Gestational carrier surrogacy is used when the female partner of the intended couple has viable eggs but is unable to successfully carry a pregnancy to term. The intended mother's eggs are fertilized with her male partner's sperm in the laboratory using in vitro fertilization (IVF) and the embryo is then implanted in the "surrogate" mother's uterus.

In gestational surrogacy, the woman who carries the child has no genetic connection to the child and the intended parents are also the genetic parents (Ciccarelli, 1997; Ragone, 1996).

Some feminist writers have objected to the social construction of the woman who carries the child as the surrogate or surrogate mother. They contend that such terms do not accurately reflect the reality of contractual parenting since the pregnant woman is the actual mother, that is, the gestational or birth mother. Current terminology, they

believe, minimizes the value of the gestational mother's role (Hanafin, 1999; Tangri & Kahn, 1993) and delegitimizes her right to a continuing relationship with the child (Jaggar, 1994, p. 379). These issues are important to acknowledge. However, surrogate motherhood reflects the intent of the gestational mother and how she perceives herself and her role (Hanafin, 1999). This term also allows us to distinguish women who bear a child as

a result of contractual parenting from other birthmothers.

Therefore, we will use the term traditional surrogate for the woman who conceives via AI using the sperm of the father who intends to rear the child and the term gestational surrogate for the woman who carries an embryo that has been conceived via IVF using the intended parents' egg and sperm.

The couple that contracts with the surrogate mother is referred to as the intended, social, commissioning or contracting parents, depending on where they are in the surrogate parenting process.

As one can well imagine, the social, psychological, and legal complications increase dramatically as the number of people necessary to conceive a child is increased from the traditional two people (Ciccarelli, 1997).

Review of the literature on contractual parenting reveals a wealth of discussion about the ethical, moral, legal, and psychological implications, but limited empirical data on the psychological and social aspects. Discussion of surrogacy has been ripe with controversy and has assembled some unusual allies. Religious fundamentalists, the Roman Catholic church, and feminists alike have condemned the practice of contractual surrogacy as "baby selling"--one that demeans and threatens women.(e.g., Gibson, 1994; Macklin, 1988; Rothman, 1989; Raymond,1998; Tangri & Kahn, 1993). The level of controversy engendered by surrogacy, is reminiscent of the abortion controversy in the United States. Surrogacy, like abortion, is controversial precisely because it evokes and often contradicts basic concepts about family, motherhood, and gender roles (Luker, 1984).

Conservative groups are fearful that surrogacy will undermine traditional cultural values about the two-parent family with wife primarily responsible for childcare and husband as provider and patriarch (Burr, 2002). On the other hand, many feminists are alarmed about the commodification of women (Tangri & Kahn, 1993) and both groups deplore contractual surrogacy as the selling of babies. Few issues have so deeply divided the feminist community (Behuniak-Long, 1990; Taub, 1992). Pitted against the large group of feminists who oppose contractual surrogacy are others who fear that any limitation of women's reproductive freedom will provide inroads toward curtailment of women's reproductive rights by groups, often religious in nature, that are opposed to women's access to abortion and contraception (e.g., Bartholet, Draper, Resnik, & Geller, 1994; Mahoney, 1988).

Given the level of controversy engendered, one might expect considerable research activity. Yet the research literature is extremely sparse for a number of reasons. First, the absence of funded research on the topic suggests that financial support for research on such a controversial issue may be difficult to secure. Governmental support may be absent when a practice (e.g., abortion, surrogacy) conflicts with the policy of the

administration in power. Second, despite the flood of media attention, particularly in the late 1980s and early 1990s, surrogacy arrangements are less common than generally perceived. Historically, there has been no way to track the number of children born as a result of AI. However, since 1992 federal law has mandated that fertility clinics track and report statistics relating to IVF cycles and births (Fertility Clinic Success Rate and Certification Act). The first compilation of these statistics was published by the Centers for Disease Control (CDC, n.d.) in 1995. Unfortunately, this mandate did not include segregating the number of IVF surrogacy births from the total of IVF births. Reporting on IVF surrogacy births became a requirement for fertility clinics in 2003.

Nonetheless, the American Society for Reproductive Medicine has attempted to compile information regarding IVF surrogacy and non-surrogacy births prior to the enactment of the law. According to their statistics, from 1985 through 1999 there were 129,000 babies born as a result of IVF. From 1991 through 1999 there were 1600 babies, included in this total, who were born as result of IVF surrogacy (American Society of Reproductive Medicine, personal communication, June, 2002). The numbers pertaining to IVF births, including surrogacy births, may be low since, prior to enactment of the above mentioned act in 1992, reporting was voluntary. Further, until 2003 reporting regarding surrogacy still was voluntary. In any event, it is clear that contractual parenting is infrequent in comparison with the overall birth rate, even for birth rates involving assisted reproductive technologies.

Third, given the social stigma associated with surrogacy, parties to surrogacy agreements, particularly the contracting couple, relish their privacy and therefore may be unlikely to agree to participate in research (Ciccarelli, 1997; Ragone, 1996). In addition, those who arrange contracts and counsel the parties involved are committed to protecting their privacy for ethical and legal reasons. Low prevalence of surrogacy arrangements and concerns about privacy have led to limited availability of research participants, especially intended parents.

Research information is important to clinical psychologists and other mental health providers because it is difficult to screen, advise, and counsel both surrogate mothers and intended parents if there are no empirical bases for such professional activities, (Hanafin, 1999). Due to lack of empirical data on surrogacy screening and counseling, some clinicians have attempted to glean data from the adoption literature for use in surrogacy. Such comparisons appear inadequate since surrogacy is exceedingly more complex than adoption and has many fewer government laws and regulations structuring it (Hughes, 1990). Research about the ramifications of creating a family through contractual parenting can provide infertile individuals with information that can facilitate informed decisions about their options (Ciccarelli, 1997) and suggestions for improving the surrogacy process for all parties involved. Examination of two online databases, Psych. Info. and Digital Dissertations (i.e., Dissertation Abstracts), identified only 27 empirical studies (published articles, books, chapters, or doctoral dissertations), from January 1983 to December 2003, that directly studied characteristics and interaction patterns of surrogate mothers; characteristics and interaction patterns of the

intended/social parents; and/or attitudes about contractual parenting, surrogate mothers, and intended/social parents (see Table 1).

The research literature primarily describes the motivations and characteristics of surrogate mothers. Many (e.g., Blyth, 1994; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001; Migdal, 1989; Preisinger, 1998; Ragone, 1996; and Roher, 1988) are small sample studies of less than 30 surrogate mothers (range of 4 to 28) that primarily analyze qualitative data. A few small studies (Einwohner, 1989; Fischer & Gillman, 1991; Hanafin, 1984; Parker, 1983) assess personality characteristics of surrogate mothers using standardized personality tests. Four studies (Blyth, 1995; Hughes, 1990; Kleinpeter, 2002; Ragone, 1996) examine characteristics or interaction patterns of the intended/social parents and another seven investigate attitudes toward contractual parenting. Finally, we could find only four studies which included comparison or control groups. In three, (Fischer & Gillman, 1991 ; Hanafin, 1984; Resnick, 1990) surrogate mothers were compared to non-surrogate mothers. The fourth (Hughes, 1990) examined the psychological characteristics of a sample of 95 participants that included both individuals who had become a parent through contracting with a surrogate mother and individuals who had adopted a child.

Below we integrate research on contractual parenting from a number of major subareas. Although it is possible to dismiss this research as preliminary as well as identify significant methodological flaws in many studies, the consistency of results often is impressive. Moreover, empirical data offer little support for widely expressed concerns about contractual parenting being emotionally damaging or exploitative for surrogate mothers, children or intended/social parents.

Attitudes About Surrogacy

A reproductive technology will be used only if it is considered acceptable by potential consumers. Studies to date support the assertion that contractual parenting, especially when it involves a financial payment to the birth mother for carrying a child, is perceived as the least acceptable of all assisted reproductive technologies, with approval percentages ranging from below 10% to about 25% in surveys of college students (Dunn, Ryan, & O'Brien, 1988; Lasker & Borg, 1994), Psychology Today readers (cited in Lasker & Borg, 1994, p. 168), Canadian women of child-bearing age (Krishnan, 1994), and infertile women in Great Britain (van den Akker, 2001). This is a much lower percentage than people who approve of or state that they might consider IVF, embryo transplant, and AI by husband (Dunn et al., 1988). In general, methods that involved third parties (AI by donor and surrogacy) have lower approval rates.

Demographic differences in approval rates appear quite minimal. In Krishnan's (1994) analysis of data from a Canadian national fertility survey of over 5,000 women in the childbearing years, size of family of origin, age, and religiosity were negatively associated with approval of commercial surrogacy whereas education was positively associated. Together, however, these and other demographic variables explained only seven percent of the variance in attitudes toward commercial surrogacy. One characteristic that may be associated with approval of contractual parenting is infertility

itself. Miall (1989) found that 73% of a small sample of women diagnosed as infertile in Ontario, Canada stated they approved in principle of surrogate motherhood. In the larger Canadian fertility survey, childless women had the most favorable attitudes toward contractual parenting. However, differences in attitudes between women known to be sterile and fecund women were very small (Krishnan, 1994). Thus, it is unclear if an inability to produce a child of one's own leads to greater acceptance of surrogacy, as an unwelcome but necessary reproductive option.

Surrogate Mothers

Characteristics and Motivation

There has been great curiosity about what the typical surrogate mother is like. While it is easy to understand the unhappiness and despair that motivate an infertile, childless couple, who desire children, to enter into a surrogacy arrangement, the motives of women who choose to be surrogate mothers, despite general public disapproval of third party assisted reproduction, are more puzzling and more suspect. Contrary to popular beliefs about money as a prime motive, surrogate mothers overwhelmingly report that they choose to bear children for others primarily out of altruistic concerns (Ciccarelli, 1997; Hanafin, 1984; van den Akker, 2003). Although financial reasons may be present, only a handful of women mention money as their main motivator (e.g., Hanafin, 1984; Hohman & Hagan, 2001; Migdal, 1989; for exceptions see Einwohner, 1989, in which 40% of women state the fee was their main, although not their only, motivator and Baslington, 2002, in which 21% only mentioned money as a motivator). Rather, the women have empathy for childless couples and want to help others experience the great joy of parenthood. Also, some want to take a special action and, thereby, gain a sense of achievement (Blyth, 1994; Ciccarelli, 1997, Hanafin, 1984) or enhance their self-esteem (van den Akker, 2003).

Some surrogate mothers report enjoyment of pregnancy as a motive. In addition, a substantial minority of women have experienced a prior loss, such as an abortion or having given up a child for adoption that they perceive as motivating them to be a surrogate (Parker, 1983).

Interestingly, Parker reported 26% of his sample of women seeking to be surrogate mothers previously had a voluntary abortion and 9% previously placed a child up for adoption.

However, we could not find documented evidence to suggest that these events are more prevalent for surrogate mothers than other birth mothers with similar demographic characteristics.

It is possible that verbal self reports reflect socially accepted reasons rather than underlying motivation. Ragone (1994) commented that the "stated motivations of surrogates are often expressed in what can be described as a scripted manner" (p. 52) of consistency and conformity in surrogate responses. Based on her ethnographic research at six surrogacy centers including interviews with 28 surrogate mothers, Ragone (1994, 1996) contends surrogate mothers report motivations that reflect traditional culturally accepted ideas about reproduction, motherhood, and family while devaluing

characteristics of the surrogacy relationships, such as financial payment, that depart from traditional values and beliefs. Although they may value traditional motherhood, surrogate mothers are engaging in a behavior that represents a radical departure from traditional views of motherhood and family. Ragone believes that many women become surrogate mothers in order to transcend the limits of traditional female roles by doing something special for another couple while at the same time they struggle to confirm the value of such roles.

The literature also provides information about the sociodemographic characteristics and personal traits of women who become surrogate mothers. Scholarly discussions of social class and socioeconomic issues have deplored the potential for exploitation of poor women as surrogate mothers (e.g., Tangri & Kahn, 1993; Ciccarelli, 1997). It is often implied that surrogacy contracts could exploit poor, young, single, or ethnic minority women (Ciccarelli, 1997). Yet, the data do not support this since, in fact, most surrogate mothers are in their twenties or thirties, White, Christian, married, and have children of their own (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Kleinpeter & Hohman, 2000; Ragone, 1996; van den Akker, 2003). However, our discussions with surrogacy agencies and professionals (e.g., Center for Surrogate Parenting, H. Hanafin, personal communication, November 12, 1997) suggest that it is likely that surrogate demographics are due, at least in part, to the screening which is utilized by surrogacy agencies in selecting candidates to be surrogates. These screening procedures are specifically designed to circumvent arguments that the process could be exploitive of poor, young, ethnic women (Ciccarelli, 1997).

Surrogate mothers' family incomes are most often modest (as opposed to low), and they are from working class backgrounds. Also, as previously stated, most do not report financial considerations as their main motivation for being surrogates (Ciccarelli, 1997). Moreover, women of color are greatly underrepresented among surrogate mothers (Ciccarelli, 1997). Despite lack of research support for the economic exploitation of surrogate mothers, it is understandable how some scholars would be concerned that the disparities in income and social class between surrogate mothers and intended parents could create the potential for exploitation.

Personality traits of surrogate mothers also are of interest. Are these women mentally stable with personality traits in the normative range or do they have dysfunctional characteristics? Small, non-representative samples; lack of control groups; and ambiguous or flawed comparisons with test norms make it difficult to reach any conclusions about the personal traits of women who become surrogate mothers. At best, it cautiously can be stated that most surrogate mothers are within the normal range on personality tests such as the MMPI (Einwohner, 1989; Kleinpeter & Hohman, 2000; van den Akker, 2003). Moreover, they do not differ from mothers who are not surrogate mothers in reported early attachment history (Resnick, 1990). On the other hand, women willing to be surrogates may be more independent thinkers (Migdal, 1989), less bound by traditional moral values. Kleinpeter and Hohman (2000) report that surrogate mothers scored lower on Conscientiousness and Dutifulness on the NEO Five Factor Test, which could suggest that they have a more flexible approach to the application of

moral and ethical principles as currently defined by traditional values about family and the meaning of motherhood.

Experienced Satisfaction

Surrogate mothers generally report being quite satisfied with their experiences as surrogates. Ciccarelli's (1997) research was a follow-up study in which 14 participants (7 traditional surrogates and 7 gestational surrogates) were interviewed 5 to 10 years after serving as surrogate mothers. The surrogates were identified through surrogacy agencies with which the surrogates had worked, and were selected based on their willingness to voluntarily participate in the study. Nearly all participants were California residents, Caucasian, and in their 20s or 30s; most were Christian and had at least one child prior to functioning as a surrogate. All were satisfied with their decision to become a surrogate and perceived the experience as enriching (Ciccarelli, 1997). Nevertheless, pre- and post-birth experiences, relationship with the contracting couple, and whether expectations about surrogacy are met are important influences on the surrogate mothers' level of satisfaction (Ciccarelli, 1997).

Several studies confirm that the surrogate mother generally forms a relationship with the couple rather than the child (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001; Ragone, 1996). Women consistently refer to the developing fetus as the couple's child, rather than their own (Ciccarelli, 1997), and they evidence lower attachment to the fetus during pregnancy than other pregnant women (Fischer & Gillman, 1991). Thus, it is the quality of the relationship with the couple that largely determines the surrogate mother's satisfaction with her experience (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001). Moreover, further examination shows that the relationship with the couple is primarily a relationship with the intended mother (Blyth, 1994; Hohman & Hagan, 2001; Ragone, 1996). In effect, the pregnancy is defined as a woman's role and the two women share experiences and events related to the pregnancy, thus often forming a close bond.

Unmet expectations are associated with dissatisfaction with the surrogacy experience. In Ciccarelli's (1997) study, 4 of 14 women had unmet expectations and, in two of these cases, expectations regarding level of closeness with the couple were not met. Such unmet expectations can arise at any time during the initial surrogacy arrangements, pregnancy, or many years post birth (Ciccarelli, 1997). Couple interaction with the surrogate immediately post birth appears important. If the surrogate mother is allowed to see and hold the baby and she feels she is being treated with respect, her satisfaction level is high (Hohman & Hagan, 2001).

Few studies have examined surrogate mothers' relationship with the couple and satisfaction levels up to 10 years after the birth of the child. (Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001). Most surrogate mothers have some limited contact with the social parents (e.g., pictures of the child, telephone calls) for several years after the birth. Long-term satisfaction continues to depend on the surrogate mother's relationship with the couple and whether her expectations about the relationship and types of contact with the couple and child are met. According to Ciccarelli (1997), as contact with the couple begins to taper off, a minority of surrogate mothers become increasingly dissatisfied

with the surrogacy arrangement. The type of surrogacy does not in itself seem to influence satisfaction, rather, the perception of the surrogate regarding her relationship with, and importance to, the couple is determinative (Ciccarelli, 1997). It is particularly damaging if the surrogate mother begins to feel increasingly abandoned by the couple over time (Ciccarelli, 1997).

Effects on Other Social Relationships

Almost all surrogate mothers identified in the literature have a child or children of their own, and the majority are married or with a partner (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997). Although family disapproval is not absent entirely (van den Akker, 2001), surrogate mothers perceived their decision to bear a child for a couple as having a positive effect on close family members, in particular their children (Ciccarelli, 1997), or at worst perceive their own children as not being negatively impacted by the experience (Hohman & Hagan, 2001). Half of the women in Ciccarelli's (1997) study reported becoming closer to a family member as the result of the surrogacy experience and nearly three-quarter of the surrogates indicated that the experience affected their own children in a positive way.

Husbands and partners in the Hohman & Hagan (2001) study were generally seen as supportive of surrogacy. Most women who did not have partners reported some support from close family members, friends, the couple, and/or the surrogacy agency director (Ciccarelli, 1997). In contrast, extended families and friends showed mixed reactions. Less than one-third of the responses by extended family were consistently supportive. In Ciccarelli's (1997) research more than half of the participants experienced conflict in interpersonal relationships as the result of being a surrogate mother and over 40% mentioned having lost a relationship as a result.

Negative Effects

Thus far, we have painted a generally rosy picture of the outcomes of surrogacy arrangements for the birth mother. Nevertheless, navigating this rocky terrain in which few known ground rules exist is not easy and may have significant negative emotional effects for some surrogate mothers (Baslington, 2000; Ciccarelli, 1997). Mild and transient negative repercussions of the surrogacy experience probably occur in varying degrees for all women. Most are general side effects of pregnancy that involve physical discomfort, experienced by all birth mothers. Women who become surrogate mothers usually have good reason to believe they will have normal, relatively easy pregnancies, but all experience routine aches and pains and some experience complications that may lead to a difficult pregnancy (Ciccarelli, 1997).

Occasionally women regret their decision to become a surrogate (Blyth, 1994; Ciccarelli, 1997). As previously stated, dissatisfaction with the surrogacy arrangement may increase over time as contact with the couple diminishes (Ciccarelli, 1997). Blyth (1994) identified 2 out of 17 women who regretted their decision. His is also the only study that reports a significant minority of women (about 25%) who experienced

significant emotional distress in giving up the child. It is unclear whether the dissatisfaction stems from the surrogacy process itself, the lack of therapeutic intervention, or both. The considerable proportion of emotionally distressed and dissatisfied women may be exacerbated by the lack of professional support for women in Great Britain, where surrogacy agencies are illegal. However, surrogacy arrangements, including those involving payment to the surrogate mother, are not banned.

Professional support and intervention, including therapy, before and during the surrogacy process may maximize satisfaction rates among surrogates (Ciccarelli, 1997). In addition to initial screening of potential surrogates, most surrogacy agencies offer psychological support and intervention throughout the entire process (Ciccarelli, 1997). Nearly all surrogate mothers in Ciccarelli's research indicated that their satisfaction was increased due to access to competent professionals who helped guide them through the process and deal with emotional issues and any problems that arose. This raises the question of whether the therapeutic process alters one's inherent reaction of experiencing emotional distress when participating as a surrogate mother. This may explain, in part, why the incidence of dissatisfaction increases over time when there is no longer active participation in therapy by the surrogate mother (Ciccarelli, 1997). In contrast to the Ciccarelli (1997) study, another study (van den Akker, 2001) indicated that the perceived usefulness of counseling varied among surrogates. Of the 15 surrogates who participated in this study, 1 indicated that she received "a lot" of practical support, 7 received "some" practical support, and 7 received "no" practical support from counselors (van den Akker, 2001). None of the women indicated that they received "a lot" of emotional support, 5 received "some" emotional support, and 10 received "no" emotional support from counselors (van den Akker, 2001). Since there are no data on how often therapy is needed and for what specific reasons, this may be an important area for future research.

In an effort to reduce negative effects, many surrogacy agencies in the United States will contract with only women who have previously given birth and have children of their own. This maximizes chances of a successful birth and fulfillment of the surrogacy contract; women who have experienced bonding with a child during pregnancy may have a more realistic perception about what it will be like to relinquish a baby to another couple (Ciccarelli, 1997).

Additionally, the negative effects reported in Blyth's study (1994) may be due, in part, to the fact that all but two of the surrogate mothers were traditional surrogates. In van den Akker's (2001) study, all the genetic (i.e., traditional) surrogates reported believing a genetic link to the child was unimportant while most of the gestational surrogates disagreed. This raises the question of whether surrogates select the type of surrogacy that fits with their beliefs and values. These types of issues are routinely addressed by surrogacy professionals during the screening process. The above evidence supports the importance, as many surrogates themselves have noted, of using a competent agency that includes a mental health professional in order to minimize potential psychological problems and other negative effects of the surrogacy process (Ciccarelli, 1997).

The Intended/Social Parents

The large bulk of psychosocial evidence on contractual parenting is based on interviews with traditional surrogate and gestational surrogate mothers. We identified only four studies that included intended/social parents. Blyth (1995) interviewed 20 individuals (9 couples, 1 man and 1 woman) in Great Britain who had a child through surrogacy or were in earlier phases of surrogacy arrangements. Participants were recruited through a self-help group for intended parents and surrogate mothers. The majority of couples contracted with traditional surrogates. In all but one case, the decision to consider surrogacy was made by the wife alone who then convinced her husband to consider surrogacy (Blyth, 1995).

In general, the accounts of intended/social parents mentioned the difficulties and anticipated embarrassment in finding out information about the potential surrogate mother, and providing her with information about themselves. Also, some noted the awkwardness of maintaining contact with the surrogate, especially for the father, presumably because of the ambiguity of gender relationships in surrogacy arrangements (Blyth, 1995). Responses of others were reported as generally positive to the arrangement, although usually only close family members and friends had been told.

Kleinpeter (2002) used grounded theory to examine telephone interview data from 26 parents (24 women) involved in surrogacy arrangements through one California-based surrogacy program. Most intended/social parents were married, white, and had incomes over \$80,000 per year. One dominant theme that emerged was the desire to have a genetic link to the child. Although all parents had concerns about the surrogacy arrangements (e.g., financial stress, legal issues, concern that surrogate would not take care of herself and the unborn child), most described their relationship with the surrogate during the pregnancy as positive. Areas of conflict that sometimes emerged primarily related to the surrogate not attending to the health of the fetus. Close to half of the participants perceived their families (mainly parents and parents-in-laws) as supportive while many others experienced mixed reactions; in contrast, almost all described friends as supportive.

Ragone's (1996) wide ranging ethnographic study of six surrogate programs included an analysis of couples. Although not formally interviewed, an unspecified number of couples were observed interacting with program directors and being interviewed during consultation with a staff member. Ragone (1996) concluded that biological relatedness was a primary motivation for couples' deciding to pursue surrogacy. However, surrogacy violated accepted cultural norms, thus requiring couples to use various cognitive dissonance reduction strategies to resolve the problems and ambiguities associated with surrogate parenthood. In particular, in AI surrogacy, the father feels discomfort and awkwardness that a woman other than his wife is the mother of the child (Ragone, 1996). Two primary strategies employed by the couple and the surrogate mother to resolve cognitive dissonance are to (a) de-emphasize the man's role by defining pregnancy and birth as women's business; and (b) downplay the significance of the biological link to the child (Ragone, 1996). The intended mother often justifies the

lack of genetic ties to the child through development of a mythic conception of the child that emphasizes her intentionality in the process (it is her desire that ultimately brings the child into being; Ragone, 1996). Moreover, she develops a relationship with the surrogate mother and experiences pregnancy by proxy (e.g., attending Lamaze classes, being present in the delivery room, going to medical appointments). Thus, reproduction is defined as primarily a woman's concern.

Finally, Hughes (1990) compared the personal characteristics of 53 intended/ social parents from a surrogacy program with 42 individuals who adopted children and 20 control subjects. All groups were generally college educated, Caucasian, professional, and had high average self-esteem. Those involved with the surrogacy program were older, had higher household incomes, and were less likely to be Catholic than other participants. In addition, they scored lower on the Marlow Crowne Social Desirability Scale, indicating less need to present in a socially desirable way (Hughes, 1990).

The high socioeconomic status of intended parents is to be expected as the financial costs of surrogacy are high. In addition to the \$10,000-20,000 paid to the surrogate mother, the couple must incur many other costs such as payment to the surrogacy agency and all medical expenses leading to a typical total cost of between \$25,000 and \$100,000, with IVF surrogacy on the high end (Center for Surrogate Parenting, 2003). All studies found that intended/social parents are well off financially; for instance, Ragone (1996) found an average income of over \$100,000 for contracting couples. Thus, except in rare cases of non-commercial surrogacy usually for family members or friends who cannot have a child, contractual parenting is possible only for the wealthy or upper middle class. The lack of access to surrogacy arrangements for lower income infertile couples is a major ethical and sociopolitical concern for feminists and others who support equal access to reproductive health services for all individuals regardless of socioeconomic status or racial/ethnic origins.

Children Resulting from Contractual Parenting

We could find no studies examining the cognitive or social development of children born as the result of surrogacy. An exploration of related areas revealed that there are no appropriate parallels. Adoption does not appear to be a good comparison because adopted children have no genetic connection to either parent and adoption is a more socially acceptable action that does not violate traditional norms.

There are some studies that may provide some limited comparison. Research on the cognitive and social development of children produced through other assisted reproductive technologies, most usually IVF, may be tangentially related, while studies of children conceived through egg donation provide a somewhat better comparison. Reviews of the literature suggest that IVF children in developmental stages from infancy through adolescence show comparable cognitive functioning to other children and in some cases score higher in social and communication skills (McMahon, Ungerer, Beaupaire, Tennant et al., 1995; Van Balen, 1998). Some studies even suggest that the experience of infertility and use of Assisted Reproductive Technologies (ARTs) actually may be beneficial for parent-child relationships (Gibson, Ungerer, McMahon,

Leslie, & Saunders, 2000; Hahn & DiPietro, 2001; VanBalen, 1996). One study (Golombok, Murray, Brinsden, & Abdalla, 1999) comparing egg donation, donor insemination, adoptive families, and IVF families reported no overall differences among groups in quality of parenting or psychological adjustment of children aged three and a half to eight. It seems likely that, from the child's perspective, the mechanisms of how a pregnancy was achieved would be a minimal psychological issue compared to whether one's birth mother chose not to keep the child. Research to date is only suggestive and, clearly, it is necessary to explore the social, psychological, and cognitive development of children born through surrogacy.

Notwithstanding the foregoing, one underlying issue for all types of ARTs, but especially those that involve third parties, is whether, when and what to tell the child about his or her origins. Blyth reported that all intended parents in his study believed the child should eventually be told the truth about his or her biological origins (Blyth, 1995). However, there is no consensus due to a lack of research on this issue.

Future Directions

Research Issues

There is an abundance of potential research questions involving contractual parenting that appears worthy of investigation. Both researchers and those debating the moral, ethical, legal, and social aspects of contractual parenting have supported the need for more empirical data and proposed questions of interest. While it is not difficult to identify research directions, it is more challenging to prioritize directions. In this section we describe several research questions that warrant priority.

Clearly, a primary focus should be on the potential impact on the children that are born as a result of third party assisted reproduction as well as children in the surrogate's family. Although there is no particular reason to believe that AI and IVF children born as a result of surrogacy arrangements will differ in development from other children born through ARTs, studies of the development of the offspring of surrogacy arrangements still are important. Pragmatic issues provide guidance for future research on the post-birth effects of surrogacy arrangements. According to Blyth (1995), many social parents intend to tell their child about his or her origins. As far as is known, however, few children have been informed presumably because of their still-young age. If, indeed, interpersonal issues are more important for the child's development and well-being than the fact that conception occurred through assisted reproduction, then researchers need to consider questions such as how best to explain their origins and the birth mother's relationship to children of various ages, how much contact should the birth mother have with the child, and do different issues arise for children born through traditional versus gestational surrogacy. Research issues involving communication with the child include when--or if--to tell children of their biological origins, how much to reveal, and the long-term consequences of deception versus honesty. Issues related to birth mother contact with the child that need investigation involve the benefits or detriments of the child remaining in contact with the surrogate mother and the long-term

impact on the family dynamics--both for the intended parents and the surrogate and/or her family--in cases where all parties stay in contact as well as cases where contact diminishes or stops. In some cases, critical analysis of extant parallel bodies of research on, for instance, other types of assisted reproduction or adoption may be most appropriate.

Another priority is to heighten access to participant populations and enhance their voluntary response rates to research requests. Both surrogate mothers and intended/social parents have a vested interest in promoting the view that surrogacy is acceptable and that those who commit to surrogacy contracts are well-adjusted individuals. In addition, all parties are interested in the cognitive and social development and best interests of the resultant child. Moreover, parties to surrogacy agreements may be motivated to support extensions of this option to other infertile couples who desire a family and to increase public understanding of this issue. These are powerful hooks that can be used to interest these parties in voluntarily participating in research. Of course, identification and recruitment of samples of surrogate mothers and intended parents is not easy. Most often such identification has occurred through surrogacy agencies or support groups. As access to the Internet increases and many surrogates and commissioning couples use net-based resources to attempt to find a match, this, too, may prove a valuable recruitment avenue.

The issue of what to research is largely defined by studies that are strikingly absent. More attention has been given to the surrogate mother than to the intended parents. Moreover, although there is research on relationships of the surrogate and the intended parents and their perceptions of their social networks, these studies (with the possible exception of Hohman & Hagan, 2001) are not based on a firm conceptual or theoretical framework about complex interpersonal relationships under conditions of stress. Yet, surrogacy arrangements involve complex interpersonal processes and interactions. There are three individuals, all with their own needs and desires, plus their families, which, in the case of the surrogate, usually include children who are minors.

Although we do not advocate studies of the motives or personalities of women who choose to become surrogates as a priority, another post-birth effect that needs more attention is the potential level of regret experienced by surrogate mothers over time. In particular, we need to determine how psychological intervention alters perceived dissatisfaction with the surrogacy process, for instance, by comparing the level of satisfaction of the surrogacy process of surrogate mothers who receive different types or amounts of counseling both before entering into surrogacy contracts and during the surrogacy process.

Finally, the future of surrogacy arrangements is dependent on what people find acceptable both personally and as a matter of public policy. In part, surrogacy has not evoked as much controversy as abortion because it is relatively rare. Still, it touches upon basic beliefs about what constitutes parenthood, the importance of a genetic link to the child, and gender relationships. World views and values regarding family and gender roles of anti- and pro-surrogacy groups should be studied as should differences

in the positions of pro- and anti-surrogacy feminists. Also, it would be useful to analyze the basic cultural values that have led countries such as Australia to outlaw surrogacy. Such studies of cultural beliefs, values, and attitudes will provide more valuable information than have previous surveys that simply determine the percentage of a group supportive of a specific type of surrogacy arrangement.

Treatment Service Issues

Because of the deficit of empirical evidence, it is premature to advocate many specific changes in treatment services or social policy. There are general approaches, however, that should be followed to alleviate some of the anxiety, distress, and post-birth regret experienced by one or more of the parties involved. For instance, it tentatively can be assumed that satisfaction with contractual parenting is largely influenced by satisfaction with the relationship between the surrogate and the commissioning couple, which in turn is largely determined by the extent to which expectations about this relationship are met (Ciccarelli, 1997). Therefore, counselors need to provide accurate information to participants about all phases of the surrogacy process and determine during screening that the parties have adequate personal resources and support networks to withstand the stress and disapproval that engaging in this process may engender. Moreover, it is important that counselors and other mental health professionals with knowledge of the potential pitfalls of surrogacy arrangements be available to participants at all stages (pre-contract, during pregnancy, post-birth, and long term).

Legal and Public Policy Issues

Surrogacy as a process can "go bad" at many points. Although this souring of relationships and resultant high profile legal cases are relatively rare, statutes that require use of reputable surrogacy agencies with well-trained mental health and legal professionals can minimize both the contractual disasters and the milder, but still painful, long-term feelings of regret of some birth mothers. Couples who choose this option usually have exhausted more traditional alternatives, and have lived with the stress of infertility for years. As elaborated in Ciccarelli and Ciccarelli (this issue), the ambiguity of the legal situation in some jurisdictions makes it most difficult to assuage the additional stress that intended parents experience because of the myriad of things that could go wrong in their relationship with the surrogate. Any statutes that clarify the procedures and allow for pre-birth adoption of the baby can help alleviate the anxiety evoked by the uncertainty and ambiguities of surrogacy arrangements for commissioning couples, but perhaps at the cost of the rights of the birth mother.

Finally, both acceptability and accessibility will determine the extent to which this new technology is used. To the extent that public policy institutionalizes this option, it will become more acceptable to couples with no other options and to women motivated to perform an altruistic service. There will always be cultural groups, however, who because of basic religious values, will find such arrangements unacceptable or even immoral.

Greater focus on the prevention and early treatment of causes of infertility such as sexually transmitted diseases can reduce the need for surrogacy as well as other expensive ARTs. Yet, contractual parenting appears to be here to stay. Thus, the politics of social class and socioeconomic resources need to remain in the forefront. A remaining predominant issue for third-party assisted reproduction, as well as most other ARTs, is unequal availability, with access usually limited to the top socioeconomic echelon of our society. Unless sweeping changes in the structure of health care occur or disparities in socioeconomic status are reduced, this situation is unlikely to change.

ANNEXE 6 bis - Liste des études sur la gestation pour autrui

Author(s) Source * Sample

Studies of the Characteristics and Interaction Patterns of Surrogate Mothers

Baslington, 2002 J 19 surrogate mothers 6 husbands of surrogate mothers
 Blyth, 1994 J 19 surrogate mothers in Great Britain
 Ciccarelli, 1997 D 14 Caucasian women who were surrogates 3-10 years previously (7 IA and 7 IVF surrogates)
 Derouen, 1992 D 33 women from one program 21 religious, 12 not religious)
 Eimwohner, 1989 BC 50 women who volunteered to be surrogates
 Fischer & Gillman, J, based 42 pregnant women (21 involved in 1991 on D surrogate programs across the U.S. and 21 not involved; in each group 20 Caucasian and 1 Hispanic)
 Hanafin, 1984 D 21 surrogate mothers not yet in final 2 months of pregnancy and 21 comparison group mothers (20 Caucasians and 1 Hispanic in each group)
 Hohman & Hagan, J 17 surrogate mothers from one 2001 program, most of whom had given birth 5-7 years previously (13 White, 4 Hispanic)
 Kleinpeter & J 15 women in a California surrogacy program (13 White, 3 Hispanic, 1 other)
 Hohman, 2000
 Migdal, 1989 * D 9 women from a surrogate mother program
 Parker, 1983 J 125 White women who applied to be surrogate mothers
 Preisinger, 1998 D 4 surrogate mothers
 Ragone, 1996 J, based 28 predominantly White women at 6 on D different program's
 Resnick, 1990 D 43 surrogate mothers and 34 control women
 Roher, 1988 D 13 women (interviewed) and 157 surrogates' files at one program
 Van den Akker, 2003 J 24 surrogate mothers (11 IFV and 13 AI surrogates)

Studies of the Characteristics and Interaction Patterns of the Intended/Social Parents

Blyth, 1995 J 20 intended/social parents (9 married couples, 1 women, 1 man) who were members of a British self-help group

Hughes, 1990 D 95 Caucasian individuals, including 39 couples in three groups: surrogacy, private adoption agency, or independent adoption through an attorney; also a comparison group of 20 parents of preschool children
Kleinpeter, 2002 J 26 parents (24 mothers, 2 fathers)
Ragone, 1996 (note J, based clients and staff of 6 surrogacy that this study is on D programs also mentioned above)

Studies of Attitudes Toward Surrogacy Arrangements

Dunn, Ryan, & J 485 White and 248 African American O'Brien, 1988 undergraduate college students in Southeastern U.S.
Grand, 1997 D 115 females and 38 males (72 infertile, 81 non-infertile); 61% Hispanic, 21 % White
Holbrook, 1996 J 300 social workers, 71% female and 91% White
Krishnan, 1994 J 5,315 Canadian women (aged 18-49)
Lasker & Borg, 1994 B 1) over 200 persons who were infertile most contacted through support groups plus persons connected in some way to infertility clinics and surrogacy programs
2) 165 mostly White and middle class students at 2 colleges in Pennsylvania
Miall, 1989 J 71 involuntarily childless women (aged 24-45, white, middle class)
Van den Akker, 2001 J 42 women attending infertility clinics in Great Britain (aged 25-45)

Author(s) Data Collection Methods

Studies of the Characteristics and Interaction Patterns of Surrogate Mothers

Baslington, 2002 interviews
Blyth, 1994 semi-structured interview
Ciccarelli, 1997 open-ended interviews
Derouen, 1992 telephone interview and survey
Eimwohner, 1989 semistructured interview; projective and non-projective personality tests
Fischer & Gillman, quantitative questionnaires 1991
Hanafin, 1984 Questionnaires; open-ended interview; personality inventory
Hohman & Hagan, semi-structured interview 2001
Kleinpeter & personality inventory Hohman, 2000 (NEO-R)
Migdal, 1989 * open-ended interview
Parker, 1983 interview
Preisinger, 1998 open-ended, in-person interview; telephone interview
Ragone, 1996 ethnographic; 28 formal interviews plus conversations and observation of program activities
Resnick, 1990 Questionnaire: personality inventory (MMPI subscales)
Roher, 1988 interviews, files

Van den Akker, 2003 semi-structured interviews; standardized questionnaires

Studies of the Characteristics and Interaction Patterns of the Intended/Social Parents

Blyth, 1995 interviews

Hughes, 1990 self administered mailed questionnaire

Kleinpeter, 2002 qualitative methods; telephone interview

Ragone, 1996 (note ethnographic; observation that this study is of consultations with also mentioned prospective couples and above) other program activities

Studies of Attitudes Toward Surrogacy Arrangements

Dunn, Ryan, & questionnaire O'Brien, 1988

Grand, 1997 structured questionnaire

Holbrook, 1996 47-item mail questionnaire

Krishnan, 1994 1984 national fertility survey using telephone interview

Lasker & Borg, 1994 1) taped in-person and phone interviews; questionnaire
2) survey

Miall, 1989 survey

Van den Akker, 2001 retrospective questionnaire

Author(s) Variables

Studies of the Characteristics and Interaction Patterns of Surrogate Mothers

Baslington, 2002 relinquishment of the child; psychological detachment process

Blyth, 1994 motivations; contact/relationship with intended parents; experience of Surrogacy arrangement

Ciccarelli, 1997 motivations; relationship with the couple; experience of the surrogacy arrangement; expectations and whether they are met; post birth experiences; satisfaction

Derouen, 1992 motivations; religiosity

Eimwohner, 1989 motivations; personality characteristics

Fischer & Gillman, level and quality of attachment; 1991 attitudes toward pregnancy; social support (Personal Resources Questionnaire)

Hanafin, 1984 motivations; personality characteristics; feelings during pregnancy

Hohman & Hagan, experiences and satisfaction with 2001 process; relationship with couple

Kleinpeter & neuroticism; extroversion; openness; Hohman, 2000 agreeableness; conscientiousness

Migdal, 1989 * motivations; relationship with couple: post-birth experiences; relinquishing the infant

Parker, 1983 motivations: demographic characteristics; pregnancy/abortion history

Preisinger, 1998 experiences as a surrogate; relinquishing the child

Ragone, 1996 motivations; interaction and relationship with the couple; gender roles

Resnick, 1990 attachment history: nurturance; relinquishing the child
Roher, 1988 social and reproductive roles
Van den Akker, 2003 motivations; experiences; support concerns; disclosure and
relinquishment issues; quality of life; psychopathology

Studies of the Characteristics and Interaction Patterns of the Intended/Social Parents

Blyth, 1995 decision-making about surrogacy; relationship with surrogate;
reactions of others; beliefs about telling child about genetic origins; gender
relationships in surrogacy arrangements
Hughes, 1990 sensation seeking, self esteem, gender role behaviors; locus of control;
social desirability; influences on decisions about whether to participate in 6 different
methods of assisted parenthood; demographic characteristics
Kleinpeter, 2002 decision-making; support; relationship with their surrogate
Ragone, 1996 (note relationship with surrogate; intended that this study is mother=s
bond with surrogate; also mentioned intended mothers experiences above)

Studies of Attitudes Toward Surrogacy Arrangements

Dunn, Ryan, & attitudes toward 6 methods for O'Brien, 1988 dealing with infertility
including surrogate motherhood
Grand, 1997 attitudes and opinions toward methods of dealing with infertility
including surrogacy
Holbrook, 1996 views of rights of participants involved in surrogacy; other ARTS and
adoption
Krishnan, 1994 altitudes toward commercial surrogacy; surrogate mothers and
other ARTS; sociodemographic characteristics
Lasker & Borg, 1994 1) philosophies of surrogacy programs; relationship between
surrogate mother and couple: other ARTS: trauma of infertility
2) attitudes toward surrogacy and other ARTS
Miall, 1989 Attitudes toward surrogacy; AI and adoption
Van den Akker, 2001 willingness to disclose mode of starting a family through
surrogacy: other ARTS and adoption; acceptability of each of these methods

Note. * Sources are: J = journal, D = dissertation,
BC = book chapter; B = book.

References

Bartholet, E., Draper, E., Resnik, J., & Geller, G. (1994).
Rethinking the choice to have children: When, how and whether or not to bear children.
American Behavioral Scientist, 37, 1058-1073.

Baslington, H. (2002). The social organization of surrogacy:

- Relinquishing a baby and the role of payment in the psychological detachment process. *Journal of Health Psychology*, 7, 57-71.
- Behuniak-Long, S. (1990). Radical conceptions: Reproductive technologies and feminist theories. *Women and Politics*, 10(3), 39-64.
- Blyth, E. (1994). "I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something with my life'": Interviews with surrogate mothers in Britain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 189-198.
- Blyth, E. (1995). "Not a primrose path": Commissioning parents' experiences of surrogacy arrangements in Britain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13, 185-196.
- Burr, J. (2002). "Repellent to proper ideas about the procreation of children": Procreation and motherhood in the legal and ethical treatment of the surrogate mother. *Psychology, Evolution and Gender*, 2, 105-117.
- Center for Surrogate Parenting (2003). Retrieved November 13, 2003 from <http://www.creatingfamilies.com>
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (n.d.). 1995 assisted reproductive technology success rates: National summary and fertility clinic reports. Retrieved April 18, 2003, from <http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/archive/arts/index.htm>
- Ciccarelli, J. C. (1997). The surrogate mother: A post-birth follow-up study. Unpublished Doctoral Dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.
- Deroven, D. M. (1992). The role of religion in surrogate mothers' motivations. *Dissertation Abstracts International*, 53(6-B), 3142.
- Dunn, E C., Ryan, I. J., & O'Brien, K. (1988). College students' acceptance of adoption and five alternative fertilization techniques. *The Journal of Sex Research*, 24, 282-287.
- Einwohner, J. (1989). Who becomes a surrogate: Personality characteristics. In J. Offerman-Zuckerberg (Ed.), *Gender in transition: A new frontier* (pp. 123-132). New York: Plenum.
- Fischer, S., and Gillman, I. (1991). Surrogate motherhood: Attachment, attitudes and social support. *Psychiatry*, 54, 13-20.
- Gallagher, M. (1989). Enemies of Eros. In *re Marriage of Moschetta* (Cal. App. 4th 1218, 1994).

- Gibson, R. (1994). Contract motherhood: Social practice in social contexts. In A. M. Jaggar (Ed.), *Living with contradictions: Controversies in feminist social values* (pp. 402-419). Boulder, CO: Westview.
- Gibson, F. L., Ungerer, J. A., McMahon, C. A., Leslie, G., & Saunders, D. M. (2000). The mother-child relationship following in vitro fertilization (IVF): Infant attachment, responsivity, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 1015-1023.
- Golombok, S., Murray, C., Brinsden, E., & Abdalla, H. (1999). Social versus biological parenting: Family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 519-527.
- Grand, C. (1997). *New reproductive technologies: An overview of attitudes, opinions, acceptance and their consequences.* (Doctoral dissertation, Miami Institute of Psychology, Caribbean Center for Advanced studies.) *Dissertation Abstracts International*, B 58/03, 1223.
- Hahn, C., & DiPietro, J. A. (2001). In vitro fertilization and the family: Quality of parenting, family functioning, and child psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37, 37-48.
- Hammer-Burns, L. H., & Covington, S. C. (1999). Psychology of infertility. In L. Hammer-Burns & S. C. Covington (Eds.), *Infertility counseling* (pp. 3-25). Pearl River, NY: Parthenon.
- Hanafin, H. (1984). *The surrogate mother: An exploratory study.* (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology.) *Dissertation Abstracts International*, 45(10-B), 3335-3336.
- Hanafin, H. (1999). Surrogacy and gestational carrier participants. In L. Hammer-Burns & S. C. Covington (Eds.), *Infertility counseling* (pp. 375-388). Pearl River, NY: Parthenon.
- Hohman, M. M., & Hagan, C. B. (2001). Satisfaction with surrogate mothering: A relational model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 4, 61-84.
- Holbrook, S. M. (1996). Social workers' attitudes toward participants' rights in adoption and new reproductive technologies. *Health and Social Work*, 21, 257-266.
- Hughes, N. J. (1990). *Some characteristics of couples selecting different methods of assisted parenthood.* Unpublished doctoral dissertation, University of Kansas.

- Jaggar, A. M. (Ed.). (1994). *Living with contradictions: Controversies in feminist social values*. Boulder, CO: Westview.
- Kleinpeter, C. B. (2002). Surrogacy: The parents' story. *Psychological Reports*, 91, 135-145.
- Kleinpeter, C. G., & Hohman, M. A. (2000). Surrogate motherhood: Personality traits and satisfaction with service providers. *Psychological Reports*, 87, 957-970.
- Krishnan, V. (1994). Attitudes toward surrogate motherhood in Canada. *Health Care for Women International*, 15, 333-357.
- Lasker, J. N., & Borg, S. (1994). *In search of parenthood: Coping with infertility and high-tech conception*. Philadelphia: Temple University Press.
- Luker, K. (1984). *Abortion and the politics of motherhood*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Macklin, R. (1988). Is there anything wrong with surrogate parenthood: An ethical analysis. *Law, Medicine and Health Care*, 16(1-2), 57-64.
- Mahoney, J. (1988). An essay on surrogacy and feminist thought. *Law, Medicine and Health Care*, 16, 81-88.
- Matter of Baby M, 537 A.2d 1227 (1988).
- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Beaupaire, J., Tennant, C. & Saunders, D. (1995). Psychosocial outcomes for parents and children after in vitro fertilization: A review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13, 1-16.
- Miall, C. (1989). Reproductive technology vs. the stigma of involuntary childlessness. *Social Casework*, 70, 43-50.
- Migdal, K. L. (1989). An exploratory, study of women's attitudes after completion of a surrogate mother program. *Dissertation Abstracts International*, 49(12-A, Pt 1), 3628-3629.
- Parker, P. J. (1983). Motivation of surrogate mothers: Initial findings. *American Journal of Psychiatry*, 140, 117-119.
- Preisinger, M. A. (1998). *Surrogate mother, A phenomenological naming of who she is: Personal story, mythology and dance*. (Doctoral dissertation, Pacifica Graduate Institute.) *Dissertation Abstracts International*, 59 (9-B), 5137.

Ragone, H. (1994). *Surrogate motherhood: Conception in the heart*. Boulder, CO: Westview Press.

Ragone, H. (1996). Chasing the blood ties: Surrogate mothers, adoptive mothers and fathers. *American Ethnologist*, 23, 352-365.

Raymond, J. G. (1998). Reproduction, population, technology and rights: North and South. *Women in Action*, 2, 75. Retrieved December 26, 2003, from Gender Watch Database, Proquest Information and Learning Web site: <http://Oproquest.umi.com.library.alliant.edu>

Resnick, R. F. (1990). Surrogate mothers: The relationship between early attachment and the relinquishing of a child. *Dissertation Abstracts International*, 51(3 -B), 1511-1512.

Roher, D. R. (1988). Surrogate motherhood: The nature of a controversial practice. *Dissertation Abstracts International*, 49(4-A), 865.

Rothman, B. K. (1989). On surrogacy: Constructing social policy. In J. Offerman-Zuckerberg (Ed.), *Gender in transition: A new frontier* (pp. 227-233). New York: Plenum.

Tangri, S., & Kahn, J. (1993). Ethical issues in the new reproductive technologies: Perspectives from feminism and the psychology profession. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 271-280.

Taub, N. (1992). The surrogacy controversy: Making and remaking the family. In D. Nelkin (Ed.), *Controversy: Politics of technical decisions* (3rd Ed.) (pp. 227-233). Thousand Oaks, CA: Sage.

Van Balen, F. (1996). Child-rearing following in vitro fertilization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 687-693.

Van Balen, F. (1998). Development of IVF children. *Developmental Review*, 18, 30-46.

Van Den Akker, O. (2001). The acceptable face of parenthood: The relative status of biological and cultural interpretations of offspring in infertility treatment. *Psychology, Evolution and Gender*, 3, 137-153.

Van Den Akker, O. (2003). Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 145-161.

Janice C. Ciccarelli *

Claremont, California

Linda J. Beckman

Alliant International University, Los Angeles

* Correspondence concerning this article should be addressed to Janice C. Ciccarelli, 250 W. 1st Street, Suite 314, Claremont, California 91711 [e-mail: DOCCHICK@msh.com].

JANICE C. CICCARELLI is a Clinical Psychologist in Private Practice in Claremont, California. She is an Adjunct Professor in the Psychology Psy.D. Department at University of LaVerne. In her private practice, Dr. Ciccarelli counsels surrogates and couples involved in third party assisted reproduction.

LINDA J. BECKMAN is a Professor in the Clinical Psychology PhD Program of the California School of Professional Psychology at Alliant International University. She is an Associate Editor of the Psychology of Women Quarterly and author of numerous articles on women's reproductive health.

COPYRIGHT 2005 Plenum Publishing Corporation

« Les familles dont les enfants n'ont pas de lien génétique avec leurs parents vont bien »

Publié le 5 Juillet 2008, traduction de Sylvie Mennesson.

Le bien être émotionnel des familles dont les enfants n'ont pas de lien génétique ou gestationnel avec l'un ou deux de leurs parents (où les enfants ont été conçus par Gestation Pour Autrui, don d'ovule ou par insémination artificielle avec donneur(IAD) fait depuis longtemps l'objet de débats.

Aujourd'hui, dans la première étude mondiale sur cette question, des scientifiques britanniques ont montré que les relations au sein de ces familles semblent très bien marcher, et qu'il y a peu de différences avec celles dont les enfants ont été conçus naturellement.

Melle Polly Casey, du Centre de Recherche pour la Famille, à l'Université de Cambridge (Royaume Uni), dira au cours de la 24^{ème} conférence annuelle de la Société Européenne de la Reproduction Humaine et d' Embryologie, cette semaine, que cette étude démontre que les familles avec don d'ovules, GPA, et IAD attestent de plus de similitudes que de différences dans le bien-être psychologique des parents, la qualité des relations avec les enfants et l'adaptation (« adjustment ») psychologique de l'enfant.

Les conséquences négatives potentielles pour ces enfants a longtemps été l'objet de débats, avec la crainte que les parents puissent se comporter de manière moins positive avec eux, et que l'enfant ne serait pas totalement accepté en tant que membre de la famille à part entière.

Les chercheurs ont suivi 39 familles issues de GPA, 43 avec IAD, 46 issues de dons d'ovules et 70 familles où les enfants ont été conçus naturellement. Ainsi, les données ont été collectées jusqu'à l'âge de 7 ans, mais ils espèrent continuer à les suivre aussi longtemps que possible.

Les résultats présentés proviennent de près de la moitié des familles où l'enfant a atteint cet âge.

"Nous avons posé des questions dans des domaines différents, tant aux parents qu'aux enfants", explique Melle Casey.

"Nous avons examiné des éléments tels que le bien être psychologique et les relations avec les enfants, et aussi questionné les mères sur les problèmes éventuels émotionnels ou de comportement qu'elles estimeraient que leurs enfants pourraient avoir."

De plus, les chercheurs ont utilisé le questionnaire de type « forces et faiblesses » qui produit un score global de l'adaptation de l'enfant, assorti de scores individuels tels que les problèmes de comportement ou les difficultés émotionnelles.

Des professeurs ont rempli le même questionnaire en fournissant une analyse indépendante sur l'adaptation des enfants. La perception des enfants de la proximité émotionnelle à leurs parents était également totalement démontrée.

"Nous leur avons donné une carte blanche avec des cercles concentriques et leur avons expliqué qu'ils étaient au centre" raconte Mlle Casey.

"Nous leur avons ensuite demandé de compléter (remplir) la carte en plaçant les membres de la famille et les amis dans le cercle qui représente la proximité familiale de chaque relation ».

Une échelle picturale de la compétence perçue et de l'acceptation sociale a été aussi administrée aux enfants. Des photos des enfants au cours de différentes situations auxquelles ils ont été confrontés ont été présentée par les chercheurs, et à partir desquelles l'on a demandé aux enfants de s'évaluer eux-mêmes. Ceci a donné la mesure de leur compétence cognitive, leur compétence physique, l'acceptation maternelle, et l'acceptation par leurs pairs, le tout ayant démontré être associé avec le développement de l'estime de soi dans l'enfance.

"Nous avons estimé que les types de familles ne diffèrent en rien dans leur qualité globale des relations entre les mères et leurs enfants et les pères avec leurs enfants » explique Mlle Casey.

"Mais l'analyse a montré quelques différences dans la relation mère –enfant dans la typologie des familles.

Par exemple, nous avons trouvé une tendance mineure à une plus grande sensibilité envers les soucis et les angoisses de leurs enfants parmi les enfants issus du don d'ovules et de la GPA que parmi ceux issus du don de sperme », et une légère tendance à un surinvestissement affectif envers leurs enfants et à une plus grande indulgence en matière de discipline par les mères ayant bénéficié d'une AMP que chez celles ayant conçu naturellement leurs enfants."

Les enfants des différentes familles ne sont pas différentes si l'on regarde le questionnaire "forces et faiblesses" rempli par les mères. Toutefois, une différence significative émerge lorsque les professeurs accomplissent ce même exercice.

"Les professeurs rapportent qu'il existe un plus haut niveau de difficultés émotionnelles parmi les enfants issus du don par rapport aux enfants conçus naturellement, bien que

cette différence n'apparaisse pas si énorme" rapporte Melle Casey. Les évaluations faites par les enfants ne montrent pas de différences dans l'estime de soi entre les différentes catégories de familles.

Dans l'analyse des relations familiales, il n'y a pas non plus de différence significative dans la localisation de leur mère ou père dans la « carte familiale » avec 85% des enfants issus d'une AMP avec don et 88% des « enfants couettes » plaçant leur mère au centre du cercle le plus proche et 73% des enfants issus d'une AMP avec don et 76% des enfants conçus sous la couette plaçant leur père au centre du cercle le plus proche.

"Cependant, affirme Melle Casey "au moment du 7ème anniversaire, on trouve seulement 39% des parents ayant bénéficié d'un don d'ovules, 29% des parents ayant bénéficié d'un don de sperme, et 89% des parents ayant eu recours à la GPA à avoir raconté à leurs enfants la nature de leur conception. Ceci est nettement moins que la proportion des parents qui, quand leur enfant avait un an, racontent qu'ils vont tout dire à leur enfant « – respectivement 56%, 46% et 100%".

Il y a de nombreuses et complexes raisons qui font que les parents décident de ne pas informer leurs enfants, incluant le désir de protéger le papa, d'autant que la mère ne semble pas souhaiter que d'autre soient au courant de son infertilité et craignent que l'enfant puisse ressentir moins d'amour envers le parent non génétique.

Les études précédentes montraient que les parents voulaient protéger leur enfant, craignant que la révélation pourrait les affecter et aurait un effet négatif sur les relations parents-enfants."

L'analyse des différences dans la qualité des relations parents-enfant et l'adaptation psychologique de l'enfant a montré des disparités significatives entre les familles qui ont tout raconté de leur conception et celles qui ne l'ont pas fait.

"Les mères qui ont raconté à leurs enfants leur conception font preuve d'un niveau de sensibilité plus élevé envers leurs enfants et, bien qu'il n'y ait pas de différence statistique, nous avons aussi constaté que les pères dans les familles « ouvertes » avaient tendance à montrer une plus grande chaleur envers leurs enfants" raconte Melle Casey.

Les mères qui ont été ouvertes avec leurs enfants sont aussi celles qui rapportent avoir une plus grande satisfaction avec leur mari. Les chercheurs ont aussi trouvé une tendance non-significative à de moindres difficultés émotionnelles dans les familles où les enfants savent tout de leur histoire.

"Cette étude montre que les familles ayant des enfants non génétiquement liés avec eux continuent de bien fonctionner lorsque l'enfant va à l'école."

Là où l'on a constaté des différences dans la relation mère enfant, c'est quand les parents sont davantage impliqués dans l'AMP. Ceux qui manquent de lien génétique ou gestationnel avec leur enfants –femmes ayant bénéficié d'un don d'ovules ou de GPA- tendent à s'impliquer bien davantage, contrairement à celles ayant bénéficié d'un don de sperme.

Ces constats ne sont pas surprenants étant données les difficultés que la femme a dû surmonter pour être mère.

"Les enfants eux-mêmes attestent d'une adaptation psychologique positive et ne diffèrent pas d'autres types de familles. Nous sommes particulièrement intéressés de trouver que, selon les professeurs, ces enfants à qui l'on a raconté leurs origines tendent à aller légèrement mieux que ceux que l'on n'a pas informés, bien que cela soit dû à une meilleure communication dans la famille en général.

Nous pensons que ces constats seront bénéfiques pour les cliniciens qui conseillent les parents intentionnels sur les implications d'informer les enfants des circonstances de leur conception aussi bien que pour les parents et bien entendu les enfants, qui seront capables d'apprendre de l'expérience des autres dans des situations similaires. Il est essentiel que tous les développements dans l'AMP soient accompagnés des études sur les bien être des parents et des enfants concernés," rapporte Mlle Casey.

Source : Société Européenne pour la Reproduction Humaine et l'Embryologie.