

Psychosomatique et sexualité

To FIV or not to FIV : la gestation pour autrui,
future indication d'Assistance médicale à la procréation ?

To FIV or not to FIV: will gestational surrogacy
be an indication for Assisted Reproductive Techniques?

G. Delaisi de Parseval

Cabinet médical, 122, rue de Vaugirard, 75006 Paris, France

Reçu le 26 avril 2006 ; accepté le 10 juillet 2006

Disponible sur internet le 07 septembre 2006

Résumé

La gestation pour autrui (GPA) recouvre trois situations différentes les unes des autres et souvent confondues : dans le premier cas, la mère de substitution porte et accouche sous X d'un enfant conçu par insémination artificielle avec son propre ovocyte et le sperme du père commanditaire, ce dernier ayant effectué une reconnaissance anténatale ; ce qui a constitué la pratique des mères porteuses, condamnée en France par un arrêt de la Cour de cassation en 1991. Dans le deuxième cas, une mère seulement gestatrice porte un embryon conçu in vitro par les parents génétiques du bébé à qui elle rendra l'enfant à la naissance ; le lien de filiation entre l'enfant et ses parents est ici maintenu, la mère de substitution n'intervenant que dans la phase de gestation. Dans le troisième cas, la mère gestatrice porte un embryon, cette fois conçu in vitro avec les ovocytes d'une donneuse et le sperme du père du bébé. Dès lors que la GPA ne contredit aucun de nos droits fondamentaux, on ne peut que souhaiter que, strictement encadrée, elle puisse devenir une indication médicale de FIV dans des indications précises d'infertilité féminine.

© 2006 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

Gestational surrogacy covers three different and often mixed up situations. In the first case (that of full surrogacy), the surrogate mother carries and has the baby anonymously. The child has been conceived by artificial insemination with her own oocyte and the help of the financing father, who has legally recognised the child before birth. This constitutes surrogacy motherhood practice, which was condemned by a judgment of the French Court of Cassation, in 1991. In the second case (gestational surrogacy), the mother only carries an embryo conceived in vitro by the biological parents to whom she will give back the baby when he is born. The filiation tie between the child and his parents is thereby maintained, the surrogate mother's role being limited to that of gestation. In the third case, the surrogate mother carries an embryo, the result of in vitro fertilization of the oocytes of a donor and the father's sperm. From the moment that surrogacy is not at variance with any of our fundamental rights, we cannot but wish that, with the guarantee of a rigorous frame, it might become a medical indication for IVF, in precise circumstances of female infertility.

© 2006 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : Gestation pour autrui par IAD ; Gestation pour autrui par FIV ; Stérilité féminine ; Lois bioéthiques

Keywords: Full surrogacy; Gestational surrogacy; Female infertility; Bioethics laws

« La mère porteuse ne prostitue pas plus son corps que la nourrice ne prostitue son lait ».

F. Dolto (colloque « Génétique, Procréation et Droit », 1984)

1. Introduction

La gestation pour autrui¹ recouvre des situations très différentes les unes des autres et trop souvent confondues. Dans le premier cas, la mère de substitution accouche d'un enfant conçu par insémination artificielle, avec son propre ovocyte et le sperme du père intentionnel, ce dernier ayant effectué une reconnaissance anténatale (c'est ce qui se passait avant la FIV). Dans le deuxième cas, une mère seulement gestatrice porte un embryon conçu in vitro par les parents génétiques du bébé et replacé par transfert dans son utérus. Dans le troisième cas, la mère gestatrice porte un embryon conçu in vitro avec les ovocytes d'une donneuse et le sperme du père intentionnel. Dans les pays où elle est autorisée ou légalisée² [1], le scénario de la GPA moderne, par FIV, pour un couple hétérosexuel, est donc le suivant : l'embryon d'un couple dans lequel la femme a un problème utérin mais une fonction ovocytaire normale est conçu par FIV, puis réimplanté dans l'utérus d'une gestatrice qui accepte de porter le bébé et de le rendre à ses parents à la naissance ; non de le donner, car il ne lui a jamais appartenu. Le couple se reproduit ainsi comme il le ferait naturellement selon la conception euro-américaine de la parenté, fondée sur une contribution égale du matériel génétique du père et de la mère dans la conception d'un enfant.

2. Expérience

Cet article a pour objectif de discuter des éléments de ma propre clinique composée de cas de patientes, mères d'intention et porteuses d'un projet parental avec leurs compagnons, qui ont eu des enfants au cours de la dernière décennie grâce à une gestatrice aux États-Unis ou au Canada. Certaines d'entre elles ont eu en outre recours à un protocole comportant une donneuse d'ovocyte autre que la gestatrice. Je donnerai une vignette clinique pour chacun de ces deux cas. Je n'ai pour l'instant vu que peu de *surrogates* (que nous traduirons par gestatrices pour autrui) étant donné l'interdiction française, mais plusieurs patientes qui ont eu recours à une GPA m'ont présenté leurs « gestatrices pour autrui » et je mène par ailleurs, avec une collègue anthropologue, une recherche au Canada avec une agence de gestatrices pour autrui en Ontario [2,3].

Face aux situations de fait que les progrès de la médecine ont rendues techniquement réalisables, la loi française oppose

l'article 16-7 du code civil, issu de la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain et au terme duquel « toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle ». En France, le passé de la maternité de substitution induit une perception faussée de la GPA contemporaine. C'est pourquoi, il est important de rappeler l'origine de l'interdiction française de 1991 et le sens qu'elle a aujourd'hui. Le fait que ce texte de loi lie dans une même formule la procréation et la gestation pour autrui, sans distinguer entre les diverses formes de maternité de substitution, s'explique par les circonstances de sa rédaction. Il est en effet issu des motifs de la Cour de cassation dans l'arrêt *Alma Mater* par lequel les hauts magistrats avaient refusé de prononcer l'adoption par l'épouse du père d'un enfant né à la suite de l'insémination de la mère porteuse. La Cour de cassation avait invoqué à l'appui de sa décision plusieurs principes dont ceux de l'indisponibilité du corps humain et de l'indisponibilité de l'état des personnes.

L'indisponibilité appliquée au corps humain signifie qu'une femme ne dispose ni de son propre corps ni, a fortiori, de celui de son enfant. Or, ce principe s'avère insuffisant pour justifier l'interdiction de la gestation pour autrui car, s'il était appliqué, il ferait obstacle à toute atteinte qu'une personne est en droit de consentir sur son propre corps ; il rendrait par exemple illicite les dons d'organes, les dons de sang, ainsi que les dons de gamètes et, encore davantage, d'embryons. Il faut d'ailleurs remarquer que le principe d'indisponibilité du corps humain n'est pas repris dans la loi Bioéthique du 29 juillet 1994 qui lui a substitué la notion de non-patrimonialité du corps humain et de ses éléments et produits. Ce dernier principe exclut le droit de disposer de son propre corps à titre onéreux et est renforcé par le principe de gratuité, mais il n'exclut pas la possibilité de disposer de son corps à titre de don, dans les limites de la loi (c'est ce qui se passe précisément pour le don de sang, d'organes ou de gamètes). Quant à l'indisponibilité appliquée à l'état des personnes, elle protège la filiation en empêchant qu'elle soit laissée à la disposition des intéressés. Ce principe connaît cependant, en France, certaines exceptions qui sont admises, car considérées comme socialement souhaitables. C'est notamment le cas dans l'accouchement sous X dans lequel la loi permet qu'il soit dérogé au principe d'indisponibilité de l'état des personnes. Il est en effet considéré que la femme qui vient d'accoucher et l'enfant qu'elle vient de mettre au monde sont des étrangers l'un vis-à-vis de l'autre [4].

Victime de son passé, la GPA est également défavorisée par son insertion hypothétique dans l'avenir. À l'heure où le Parlement se prépare à examiner un projet de loi relatif au mariage entre personnes de même sexe, on évoque parfois la GPA dans le débat sur la parenté homosexuelle, cette technique étant présentée comme un moyen pour les couples homosexuels d'avoir des enfants. Or, le fait de se référer à cette forme quelque peu acrobatique de GPA (utilisation par des couples d'hommes qu'il serait assez facile de sortir du cadre de la loi envisagée) revient à occulter la place qui devrait lui revenir aujourd'hui dans la palette des thérapies de l'infertilité féminine.

¹ Que nous appellerons GPA dans ce texte.

² La pratique de la gestation pour autrui, interdite en France depuis 1991, est à ce jour légale ou possible dans de nombreux pays. En Europe, seule la Grande-Bretagne, depuis 1998, et la Grèce, depuis 2000, ont légiféré, mais à des conditions rigoureuses. Dans d'autres pays telles la Belgique ou la Finlande, la GPA n'est pas interdite, régulée par la seule déontologie des équipes médicales.

La clinique psychologique de la GPA, nouvelle et passionnante, interroge nombre de spécialités : anthropologues, psychanalystes, sociologues et spécialistes d'éthique biomédicale en font déjà leur miel et la bibliographie anglo-saxonne est importante. Elle ébranle en effet nos représentations de la maternité et de la paternité, de la parenté et de la famille dans son ensemble. Ce sont les anthropologues anglais et américains de la parenté³ qui ont pour l'instant le plus et le mieux travaillé la question [5–9]. Ces travaux montrent comment certains éléments de la parenté sont tantôt valorisés ou redessinés, ou à l'inverse minimisés par les acteurs de ces nouvelles déclinaisons de parenté. On assiste — on le verra dans les cas présentés — à un déploiement varié de stratégies qui tantôt naturalisent, tantôt socialisent les mêmes éléments (dont le corps, le désir, l'échange, etc.). Les acteurs de ces différents scénarios d'Assistance médicale à la procréation (AMP) « fabriquent » ainsi de la parenté, de sorte que la clinique de la gestation pour autrui se présente comme un laboratoire vivant expérimental qui revigore totalement les études sur la parenté. On s'aperçoit en effet, chemin faisant, que les définitions de père, mère, frère, sœur, enfant, jumeau, oncle, tante, grands-parents n'ont plus désormais de contenus fixes. L'anthropologue américaine Helena Ragoné, internationalement connue pour ses travaux sur la question, cite ces propos d'une gestatrice pour autrui âgée de 30 ans, mariée, deux enfants, qui s'exprime ainsi : « Ce bébé n'est en aucun cas le mien. Je lui ai fourni l'environnement nécessaire pour qu'il puisse naître et qu'il soit rendu à son papa et sa maman. C'est une forme facile de baby-sitting [6]. »

Prendre connaissance de la réalité humaine d'exemples vécus permet de faire cesser l'amalgame fréquent entre la maternité gestationnelle contemporaine par FIV et la pratique des mères porteuses des années 1980. C'est ce que montrent les histoires de ces deux patientes.

La première concerne une jeune femme qui, à la suite d'un accouchement dramatique, a subi une hystérectomie. Le bébé, une petite fille, a heureusement été sauvé. Après un long travail personnel, le couple a désiré donner à son enfant un frère ou une sœur. Confrontés à l'interdit français, ces parents se sont décidés à faire appel à une gestatrice pour autrui. Après un essai infructueux en Grande-Bretagne où la législation a finalement réservé cette solution à des couples résidant en Angleterre, ils sont allés aux États-Unis et ont pu avoir, grâce à une « nounou⁴ », un petit garçon à partir d'un embryon conçu par FIV avec leurs propres gamètes. L'acte de naissance américain, parfaitement valide, les désigne comme les parents de ce bébé. Mais, il leur est actuellement impossible d'obtenir la transcription de cet acte établi aux États-Unis. Privé d'état civil sur le territoire français, l'enfant ne peut figurer sur le livret de

famille de ses parents. Il n'est par conséquent non seulement pas reconnu comme frère de sa sœur, mais est de plus dépourvu de toute filiation maternelle ; quant à sa filiation paternelle, c'est celle d'un enfant adultérin ! Cette histoire est emblématique de celle de nombre de familles françaises, certaines d'entre elles ayant vécu le traumatisme supplémentaire, outre l'hystérectomie, de la perte du bébé au cours de l'accouchement... Et pourtant dans cette histoire, les parents ont été présents pendant une partie de la grossesse de la gestatrice ainsi qu'à l'accouchement ; les deux couples, les deux familles (la « nounou » est elle-même mariée et mère de deux enfants) ont noué des relations fortes qui se sont poursuivies bien au-delà de la naissance. La mère française a en outre allaité son bébé comme elle l'avait fait pour son premier enfant. Cela peut étonner, mais c'est pourtant habituel dans les protocoles de *surrogacy*, c'est-à-dire de gestation pour autrui (ainsi que, souvent, dans le cas d'adoption) aux États-Unis et au Canada⁵. Il existe dans ces pays un réseau très organisé de don de lait de femme à femme à travers tout le territoire (via la *Leche League* notamment) et chaque clinique a au moins une consultante en lactation. Cette jeune mère me disait : « La consultante m'a bien aidée. Le premier contact de mon fils quand il a commencé à téter est un souvenir que je garderai longtemps ; pour moi, il aurait été inconcevable de ne pas essayer. »

On assiste ici, on le voit, de manière totalement nouvelle dans l'histoire, à une modulation innovante des fonctions maternelles : la mère française est à la fois mère d'intention, mère génétique, mère allaitante, mère sociale et enfin l'épouse du père. L'autre mère (l'Américaine) est, elle, mère de gestation et d'accouchement, celle grâce à qui l'enfant a pris corps. Elle est par ailleurs, elle-même, mère de ses vrais enfants (ceux qu'elle a eus avec son mari).

La deuxième vignette clinique concerne une figure de GPA avec un don d'ovocyte ; elle date de quelques années déjà (j'ai modifié l'anamnèse et certains détails pour des raisons de confidentialité). Il s'agit d'un couple français marié. Mme V. est devenue stérile après son mariage, à la suite d'un traitement anticancéreux. Quelques années plus tard, à l'âge de 38 ans, Mme V. est considérée par la médecine comme guérie et, après plusieurs échecs de FIV avec un don anonyme, se résout avec son mari à faire appel à une gestatrice en Amérique du Nord (c'était la seule solution possible pour avoir un enfant qui

³ Dont Helena Ragoné, Sarah Franklin, Charis Thomson. En français, on lira avec profit l'analyse de l'anthropologue Chantal Collard qui présente un tableau critique de la pensée de ces différents auteurs in « Kinship studies au tournant du siècle », *L'Homme*, 2000, n° 154–155, pp. 635–658.

⁴ Expression employée par tous les participants de la GPA pour désigner les gestatrices, considérées comme des nourrices anténatales...

⁵ Les bases physiologiques sont les mêmes que celles de l'allaitement normal, il s'agit essentiellement d'un réflexe neurovégétatif autoentretenu par la tétée : plus l'enfant tète, plus il y a de lait. Dans le cas de la GPA ou de l'adoption (aux États-Unis et au Canada l'adoption se fait dans les jours qui suivent la naissance et il est courant que la mère adoptive allaite), la mère sociale prépare les glandes mammaires par une prise de pilule quelques mois avant la naissance en ajoutant la stimulation d'un tire-lait ; souvent au moment de la naissance, la « nounou » qui accouche tire son lait (colostrum) pour le nouveau-né que la mère donne avec un dispositif d'aide à l'allaitement (utilisé pour les prématurés, par exemple, ou pour donner un complément de lait). En même temps, la mère sociale donne son propre lait, tété par le nourrisson : l'allaitement s'enclenche en douceur, et le passage entre les deux mères se fait naturellement. Il s'agit là, pour l'anthropologue, d'un nouveau et intéressant rite d'agrégation entre maternité sociale et maternité biologique.

soit relié génétiquement au moins à l'un des deux). Celle-ci a donc porté un embryon conçu par FIV avec les gamètes de M. V., mais, à la différence de l'histoire précédente, avec l'ovocyte d'une donneuse autre que la gestatrice. La tentative a été couronnée de succès : des jumeaux sont nés. La maternité de Mme V., étayée, comme dans la première histoire, par une relation très forte avec la gestatrice pour autrui, a été également confortée par le fait que son mari est un père complet [10]. Notons que la paternité de M. V. présente une particularité inédite, celle d'être exprimée par trois femmes : son épouse, la gestatrice et la donneuse d'ovocyte. Enfin, pour la petite histoire (mais c'est plus qu'anecdotique), la gestatrice, la « nounou », la « baby-sitter », Sally pour lui donner un nom, est afro-américaine. Il est d'ailleurs fréquent qu'il en soit ainsi dans les protocoles américains de gestation pour autrui⁶. Ma patiente qui avait été elle-même élevée par une nourrice noire (sa famille habitait dans les îles) qu'elle aimait, dit-elle, plus que sa mère, avait beaucoup apprécié d'avoir été choisie par cette mère de famille, caissière de supermarché de son état, qui avait été touchée par l'histoire du cancer survenu au moment où Mme V. aurait pu devenir mère ; elle disait en outre aimer dans la France, le pays des droits de l'homme. Encore un détail sur les relations de ces trois mères — la génétique, la gestatrice et Mme V., la vraie mère. Elles continuent à se voir malgré la distance (la France est aussi une destination touristique !), les familles se rendent donc visite une fois par an environ avec leurs enfants respectifs. Les jumeaux du couple V. avaient huit ans dans l'épisode que je vais relater. Il faut savoir que, dans le protocole de l'équipe américaine, les parents d'intention ont la possibilité de rencontrer la donneuse d'ovocyte ainsi que son mari et ses enfants, ce que mes patients avaient fait. L'entente a toujours été très bonne entre le couple V. et les deux autres couples (celui de la donneuse et de la porteuse), le couple formé par Mary (la donneuse) et son mari étant en outre issu d'un milieu socioculturel plus proche des V. À la dernière visite néanmoins, Mme V. a ressenti des affects très ambivalents (pour ne pas dire plus...) lorsque Mary, admirant plus qu'il n'en aurait fallu la couleur des yeux du petit garçon avait, en plus, touché les cheveux de la petite fille, y reconnaissant, disait-elle, la qualité des siens. Alors qu'avec Sally, venue en voyage avec mari, enfants, et un grand-père en prime, l'accueil avait été sans nuage. Ce qui fait lien avec une réflexion de la jeune femme de l'histoire précédente qui, me montrant les photos de ses deux enfants (de sa fille née au cours de l'accouchement dramatique et de son fils né de la gestatrice pour autrui), me disait : « Regardez-les, est-ce qu'ils ne se ressemblent pas ? (ce qui était vrai). Comment peut-on dire que la maternité, c'est le ventre ? Est-ce que ce n'est pas plutôt la génétique qui prime ? ».

⁶ Selon Helena Ragoné, 30 % des cas de GPA (*gestational surrogacy*) impliquent des gestatrices qui viennent de groupes ethniques ou sociaux différents. Elle cite le cas d'une gestatrice pour autrui afro-américaine qui a porté pour un couple japonais, d'une mexico-américaine pour un couple japonais, d'une euro-américaine pour un couple taïwanais, etc. Les intéressés disent que c'est un élément facilitateur pour éviter que la gestatrice pour autrui s'attache au bébé.

La GPA invite, on le voit, à prendre acte de contenus nouveaux dans les définitions même de père, mère, frère, sœur, enfant, jumeau, oncle, tante, grands-parents, qui n'ont plus désormais de contenus fixes. Cette clinique amène ainsi à conceptualiser de façon novatrice le lien parental à partir des éléments modernes du désir d'enfant que sont le projet parental, la volonté et la responsabilité éducative [11]. Les études psychologiques au long cours menées en Europe tant sur les gestatrices pour autrui que sur les parents et les enfants nés ainsi, (travail largement entamé en Grande-Bretagne par l'équipe de Susan Golombok [12,13]) seront riches de données cliniques supplémentaires.

C'est parce que des situations similaires ou proches de celles présentées ici existent en nombre croissant qu'il est à mon sens souhaitable que le législateur ouvre le débat sur la GPA moderne. Le droit a en effet pour vocation d'encadrer l'évolution des mœurs lorsque cette évolution paraît souhaitable au regard de l'intérêt de la société. Or, l'évolution du droit se doit ici d'être pensée à l'aune de l'intérêt des personnes concernées, c'est-à-dire de l'enfant, de la mère gestationnelle et de sa famille, ainsi que de celui des parents d'intention. Ce qui n'empêche pas de se poser en même temps d'autres questions de fond, plus générales. Par exemple celle de se demander si le fait pour un enfant de naître dans une situation de gestation pour autrui dans laquelle il est relié de manière naturelle à ses parents (dans le cas d'une GPA où l'embryon est conçu avec leurs gamètes) est, ou non, une situation moins à risque psychique que celle qui peut résulter d'autres formes de dissociations de parentalité comme le cas du don d'embryon. Dans le protocole classique de GPA, le lien naturel entre l'enfant et ses parents n'est en effet pas rompu alors qu'il l'est nécessairement en cas de dons de gamètes et, a fortiori, d'embryon. On peut en outre noter que l'argument souvent avancé du risque d'instrumentalisation des sujets humains se pose également, en termes peut-être encore plus complexes, avec l'extension du champ du diagnostic préimplantatoire (DPI), dans le protocole un peu facilement appelé « bébé du double espoir » ou « bébé docteur », protocole au terme duquel un couple décide de concevoir un enfant qui serait susceptible de soigner son frère ou sa sœur atteint d'une forme particulière de leucémie.

Les psychanalystes sont évidemment eux aussi interrogés par la gestation pour autrui : c'est en effet la conception métapsychologique de la maternité qui est ici passablement bousculée. Analystes qui se sont pour l'instant peu exprimés sur cette question, sauf au moment de l'affaire Alma Mater dans les années 1980, mais il s'agissait alors, on l'a vu, d'une tout autre situation que celle de la GPA contemporaine. Il nous reviendra, quand nous en aurons la possibilité, d'analyser les fantasmes et projections de la mère gestatrice qui a porté et nourri un fœtus pendant neuf mois et a eu avec lui des échanges variés, tant physiologiques que psychologiques, qu'il ne convient ni de minimiser, ni de mythiser. De ces « linéaments mnésiques de la préhistoire fœtale », R. Diatkine, psychiatre-psychanalyste, consulté à l'époque, en 1980, sur la question des mères porteuses, disait « qu'ils doivent être évalués à leur juste place et qu'il serait déraisonnable de donner aux décou-

vertes sur la vie nerveuse fœtale une importance mythique ». Il ajoutait : « Depuis longtemps, l'attention a été attirée sur le fait que l'appareil auditif du fœtus devait être excité pendant les derniers mois de gestation, par un certain nombre de bruits : voix de la mère, perçue plutôt déformée par des réverbérations et des assourdissements, bruits intestinaux, bruits du cœur. » Réflexion qu'il tempérait par ces propos : « Il n'est pas démontré aujourd'hui, malgré des affirmations plus passionnelles que scientifiques, que ces bruits ont une spécificité et qu'il y a une continuité linéaire entre les expériences auditives des premières semaines de vie et les excitations répétées et rythmées de la fin de la gestation. » [14]. Rappelons qu'il s'agissait alors de mères qui s'apprêtaient à abandonner leur enfant qui avait été conçu par insémination artificielle avec le sperme du père d'intention et leur propre ovocyte.

Dans le cas actuel, la question est évidemment d'une tout autre nature : il s'agit de comprendre la qualité de l'élaboration mentale d'une mère gestatrice vis-à-vis d'un fœtus qu'elle porte, mais qu'elle ne désire pas, car il n'est pas le sien, et qu'elle s'apprête à rendre au couple qui l'a conçu. La clinique analytique, celle de la psychiatrie du nourrisson notamment, nous permettra d'en savoir davantage quand elle sera plus étoffée. En attendant, il est du plus haut intérêt de prendre connaissance des travaux de nos collègues étrangers, anglais, américains, canadiens, israéliens notamment. Et d'écouter ce que disent les quelques patientes dont nous avons le témoignage direct ainsi que celui de leurs « nounous ». Je cite ces propos entendus de la bouche d'une gestatrice canadienne : « Pour moi, la différence était énorme au niveau du vécu intérieur de la grossesse. Lorsque l'on est enceinte de son propre enfant, on prépare mentalement sa venue. On lui trouve un nom, on essaie de se le représenter avec les traits de quelqu'un de la famille, on imagine notre vie avec lui. On prépare sa chambre, tous ces préparatifs dans le but d'accueillir son enfant. Pour une gestatrice, le vécu intérieur est extrêmement différent. On imagine le bébé avec ses parents. Ce n'est pas notre rôle de lui trouver un nom. »

L'étude d'une collègue israélienne, Elly Teman, qui a conduit des entretiens approfondis avec dix mères d'intention et dix gestatrices pour autrui [15] est intéressante à évoquer. Elle remarque que les mères d'intention disent attendre leur enfant comme le ferait un futur père dans les cas habituels : père qui voit avec un immense plaisir narcissique s'arrondir le ventre de sa compagne qui porte son enfant que lui-même porte souvent dans son corps à travers des symptômes de couvade [16], très similaires à ce que disent les mères d'intention qui prennent souvent plusieurs kilos, ont des nausées, des maux de dos, etc. Ressenti d'un corps fusionnel entre les deux mères, orchestré par les échographies prénatales où, dans le contexte israélien (qui encourage la gestation pour autrui en l'encadrant), le corps médical accentue et légitime le fait que la future naissance est le fruit de la collaboration de deux femmes. Va dans le même sens le fait que c'est la mère d'intention qui coupe le cordon à l'accouchement ; que les deux mères reçoivent toutes les deux un bracelet de naissance identique du nouveau-né avec son nom, qui est celui des

parents d'intention, etc. Des rites d'agrégation, dirait l'anthropologue. L'auteur insiste d'ailleurs sur le fait que tous les protagonistes œuvrent pour montrer la non-pertinence de l'opposition entre la « gestatrice pour autrui enceinte mais non mère » et « la mère d'intention non enceinte mais mère ». Elle va jusqu'à parler d'une patiente hybride (faite des deux mères) qui donne naissance via un « troisième corps hermaphrodite ». Au-delà du contexte politique particulier d'Israël, on voit que le déplacement des rôles et des genres ainsi que le dépassement des barrières ethniques constituent un thème récurrent dans les discussions anthropologiques autour de la GPA.

Si je me réfère à une clinique voisine que je connais bien, celle de l'écoute de mères qui s'apprêtent à remettre leur enfant en adoption et qui accouchent parfois de manière anonyme, il me semble que les fantasmes et les rêves des mères enceintes en GPA classiques sont plus légers que ceux de ces mères enceintes accidentellement qui se résignent à remettre leur bébé pour adoption [4]. La « nounou » en GPA peut, en effet, se permettre de fantasmer positivement sur le bébé qu'elle porte, elle peut entrer dans la dialectique de l'échange, celle du don et du contre-don, ce en raison de l'étayage tant fantasmatique que réel que lui apporte le soutien des parents qui attendent le bébé avec elle.

Si la situation psychologique de la femme qui se propose de porter l'enfant d'une autre n'apparaît pas comme à risque pour elle à condition que son consentement ait été donné de façon libre et éclairée, on ne peut cependant pas pour autant pas sous-estimer le risque physique, infime, mais non négligeable, qu'entraîne une grossesse et un accouchement. Mais la prise de risque ne relève-t-elle pas au demeurant de la volonté de chacun⁷ ? Une remarque s'impose en tout cas ici : au regard du grand nombre d'actes auxquels une personne est en droit de consentir sur son propre corps, les juristes font remarquer que non seulement la loi de 1994 ne reprend pas le principe jurisprudentiel de l'indisponibilité, mais elle reconnaît de façon implicite le principe de disposer de soi-même. Ne pourrait-on pas alors établir la liste des personnes autorisées à porter un enfant conçu par le couple infécond à partir de celles des personnes qui sont autorisées à faire don d'un organe de leur vivant, par exemple une mère, une sœur, une tante ou une cousine ? Comme le permet la disposition issue de la loi de 2004 sur le don d'organes qui a étendu la catégorie des donneurs vivants à « toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur ». Cette dernière disposition s'avérant sans objet en GPA, on pourrait utiliser le texte initial du projet de loi selon lequel peut se porter candidat au prélèvement de ses organes toute personne justifiant vis-à-vis du receveur d'un lien étroit et stable de nature à garantir le respect des principes généraux [17]. Sans perdre de vue le fait de bon sens suivant, à savoir que donner un rein représente une amputation pour le donneur, un risque aussi pour sa famille ;

⁷ Fumer, conduire une voiture, pratiquer certains sports dangereux par exemple. Sans parler, dans un domaine voisin, du geste de donner un rein, de la moelle...

tandis qu'une femme enceinte qui porte un enfant n'est pas amputée d'une partie d'elle-même.

Il est enfin essentiel de rappeler que si la décision de la mère gestatrice intervient au terme d'un consentement libre et éclairé, à l'écart de toute pression en particulier financière, elle a le sens d'un acte de générosité et de liberté que la loi se doit de protéger. L'exemple de la récente loi votée par le parlement grec montre de manière exemplaire que l'AMP peut être mise à la disposition de toute patiente reconnue stérile par le corps médical. Cette loi règle en outre de manière particulièrement éthique et sans hypocrisie la question du dédommagement financier de la gestatrice : dans les cas où il y a accord de gestation avec une autre mère, le texte dit que celui-ci doit être conclu sans échange. Il est précisé que les frais afférents au suivi de la grossesse et de l'accouchement ne constituent pas un échange, pas plus que tout ce qui résulte du manque à gagner de la mère enceinte si elle cesse son travail pendant la grossesse. Le montant de l'indemnisation est fixé par l'autorité compétente, évitant ainsi qu'une incitation financière trop importante ne constitue une pression sur le consentement de la mère gestatrice. Les lois britannique, canadienne, et finlandaise traitent de la question du dédommagement en termes équivalents. Le fait qu'une technique interdite par notre droit soit légale dans d'autres pays n'est certes pas une raison suffisante pour modifier la loi nationale, mais la loi internationale est une donnée indispensable du débat. Or, la GPA ne contredit aucune norme internationale.

Il existe à l'évidence différentes interprétations possibles tant de l'utilisation des nouvelles technologies de la procréation que des diverses positions idéologiques et politiques qui souvent les utilisent (les manipulent) à l'envi. Ce sont en tout cas deux conceptions de la famille, cohérentes l'une comme l'autre, qui s'affrontent dans la GPA comme dans les autres déclinaisons d'AMP avec dons de gamètes. Cette nouvelle indication médicale que peut constituer la GPA permet de jeter un fantastique coup de projecteur sur l'importance, dans les représentations occidentales, de la maternité qui semblait jusque-là fondée de manière évidente sur l'adage *tota mulier in utero* [18]. Ventre maternel dont l'Occident a fait l'emblème de la maternité, au prix peut-être d'une mythification de la grossesse dans laquelle les psychanalystes, pour le dernier siècle du moins, ne sont pas sans avoir leur part de responsabilité. Remarquons qu'à l'inverse, l'inconscient collectif (scientifique ?) n'a pas eu les mêmes réticences lorsqu'il s'est agi de bouleverser une autre configuration maternelle. Je fais ici référence à la pratique du don d'ovocyte qui bouleverse tout autant que la gestation pour autrui (peut-être même davantage ?) le vécu de la maternité, dans la mesure où une mère est enceinte d'un enfant qui est celui de son compagnon et d'une donneuse inconnue. À la différence près que ce processus ne se voit pas et peut donc rester caché ! Or, la clinique psychologique, qui, elle, est bien connue, montre que ces mères enceintes, grâce à un don, n'ont pas une grossesse si anodine que ça ! Je pense ici à une patiente (médecin de son état, détail non sans importance dans sa façon de fantasmer) qui avait bénéficié d'un don d'ovocyte et me disait non sans humour : « Au fond, je suis

la mère porteuse de mon propre enfant ! ». Commentaire qui fait réfléchir...

La maternité en AMP interroge l'essentialisme biologique en raison de la séparation de la maternité en trois mères, (voire quatre si on inclut la mère qui allaite dont on a vu qu'elle peut avoir un rôle très important, biologique lui aussi, quoique non génétique). Ce questionnement peut d'ailleurs concerner également la compréhension d'autres figures de parenté : on voit poindre dans certains travaux (sous la plume d'auteurs féministes notamment) l'idée selon laquelle la donneuse d'ovocyte pourrait être considérée comme un second père, tandis que la mère porteuse serait, elle, la vraie mère... On peut s'attendre à de nombreuses innovations dans le domaine de l'anthropologie de la parenté ; que ce soit sous forme de nouvelles positions de parenté, ou dans le registre du franchissement de la barrière du temps et donc possiblement de l'ordre des générations ; ou encore dans le franchissement des barrières ethniques (si la mère porteuse est d'une autre ethnie). Dans le registre du « trans-genre » enfin, comme par exemple dans ce qui vient d'être dit du possible statut de père pour la donneuse d'ovocyte.

La légalisation de la GPA simple dans laquelle une femme porte l'enfant issu des gamètes du couple d'intention, nous apparaît en tout cas comme une urgence, car son interdiction génère des situations qui ne sont plus admissibles dès lors que l'interdiction de l'article 16-7 a cessé d'être justifiée. Comment ne pas être sensible à l'injustice faite à ces futures mères empêchées d'avoir un enfant issu de leur couple alors qu'elles sont en mesure de le concevoir, mais pas de le porter ? Car, de manière paradoxale on l'a vu, l'infertilité due à une insuffisance ovarienne (en raison d'une ménopause précoce ou d'un traitement anticancéreux) est seule prise en compte par la médecine et par la loi dans notre pays : on peut avoir recours à un don d'ovocyte provenant d'une autre mère. Mais, la même loi bioéthique ignore l'indication symétrique qui découle de pathologies utérines engendrant une stérilité irréversible (telles une hystérectomie ou une agénésie utérine congénitale), voire de pathologies iatrogènes comme le syndrome distillbène responsable dans sa forme la plus grave d'une impossibilité de mener une grossesse à terme. On peut imaginer la souffrance ressentie par ces couples exclus de l'AMP, à leur sens de manière particulièrement injuste. La législation française traduit dans ce cas une minimisation du lien biologique, assortie d'une survalorisation de la seule gestation en tant qu'essence de la maternité. Ce qui est une position passablement contradictoire avec la philosophie du droit français de la filiation qui a toujours tenté un équilibre entre le registre du biologique et celui du socioaffectif.

Le vrai risque de la GPA me semble à l'heure actuelle être lié à une possible marchandisation du corps humain (via Internet notamment) au sein de pays, telle la France, où cette pratique n'est régulée ni par la loi ni par la déontologie médicale. Danger inhérent, au demeurant, à l'AMP en général depuis qu'il est devenu possible de dissocier les éléments du corps nécessaires à la procréation. Mais, le recul acquis en France depuis les lois bioéthiques prouve que la réglementation en

vigueur s'est avérée efficace pour empêcher les dérives marchandes liées aux dons de gamètes et d'embryons. Pourquoi n'y parviendrait-on pas pour la GPA ? Les Britanniques, les Grecs y arrivent avec succès.

3. Conclusion

Quinze ans après l'affaire Alma Mater, le moment n'est-il pas venu de se détacher de cette jurisprudence et d'admettre légalement une GPA moderne encadrée par de strictes indications médicales ?

Continuant une évolution déjà largement commencée, la procréation du futur risque de toute façon, à mon sens, d'être de plus en plus médicalisée : on fera probablement davantage de FIV que maintenant pour concevoir un enfant (surtout si l'on continue à retarder l'âge du premier accouchement...). Tandis que la parenté, sera, elle, de plus en plus sociale [19]. Mais, ce qui continuera à traverser l'histoire, c'est qu'il y ait de la famille, c'est-à-dire du lien social organisé autour de la procréation. Ce lien ne me paraît pas particulièrement menacé par la GPA.

Références

- [1] Merchant J. Procréation et Politique aux États-Unis (1965–2005). Paris: Belin; 2005.
- [2] Delaisi de Parseval G. Rêver l'enfant d'une autre : histoire de la gestation pour autrui. In: Frydman R, Flis-Trèves M, editors. *Rêve de femmes*. Paris, Ed. Odile Jacob; 2005. p. 211–33.
- [3] Delaisi de Parseval G. Comprendre la gestation pour autrui. In: Cadoret A, Gross M, Mecary C, Perreau B, editors. *Homoparentalités : approches scientifiques et politiques*. Paris, PUF; 2006.
- [4] Delaisi de Parseval G, Verdier P. *Enfant de personne*. Paris: Odile Jacob; 1994.
- [5] Ragoné H. *Surrogate Motherhood: conception in the Heart*. Oxford, West View Press; 1994.
- [6] Ragoné H. The gift of life: surrogate motherhood, gamete donation, and construction of altruism. In: *Transforming motherhood*. New York University Press; 1999. p. 65–88.
- [7] Franklin S. Biologization revisited: kinship theories on the context of the new biologies. In: *Relative Values. Reconfiguring kinship studies*. Duke University Press; 2001. p. 302–28.
- [8] Thomson C. In: *Strategic Naturalizing: Kinship in an infertility clinic, Relative Values. Reconfiguring kinship studies*. Duke University Press; 2001. p. 147–202.
- [9] Collard C. Kinship studies au tournant du siècle. *L'Homme* 2000;154–155:635–58.
- [10] Corbett K. Le roman familial non traditionnel. *Psychoanal Quart* 2001;3: 1 (traduit in *Revue française de psychanalyse*, 2003 n° 1).
- [11] Iacub M. La conception mentale des enfants. In: Frydman R, Flis-Trèves M, editors. *Rêve de femmes*. Paris: Ed. Odile Jacob; 2005. p. 233–43.
- [12] Javda V, Murray C, Lycett E, Mac Callum F, Golombok S. Surrogacy: the experience of surrogate mothers. *Hum Reprod* 2003;18:2196–204.
- [13] MacCallum F, Lycett E, Murray C, Javda V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod* 2003;18:1334–42.
- [14] Diatkine R. Fécondation in vitro, congélation des embryons et mères de substitution. Le point de vue d'un psychanalyste. *Actes du Colloque Génétique, Procréation et Droit, Actes Sud* 1985:282–3.
- [15] Teman E. Knowing the surrogate body in Israël. In: *Surrogate motherhood. International Perspective*, Cook, Scalate, Hart Publishing. 2003. p. 261–79.
- [16] Delaisi de Parseval G. *La Part du père*. Paris: Le Seuil; 1981 (Points Essais, 2002).
- [17] Delaisi de Parseval G, Depadt-Sebag V. La gestation pour autrui peut-elle devenir une indication d'assistance médicale à la procréation ? *Cahiers du CCNE* 2006;46:49–53.
- [18] Iacub M. *L'Empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*. Paris: Fayard; 2004.
- [19] Derrida J, Roudinesco E. De quoi demain... Dialogue, chapitre 3, *Familles désordonnées*. Paris: Fayard; 2001 p. 63–82.