

Association  
CLARA

**« La gestation pour autrui : études et propositions », par l'Association C.L.A.R.A**

**(Document destiné à l'Agence de la Biomédecine)**

**Décembre 2008**

# 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 25 000 enfants sont nés par cette méthode et plus de 300 études cliniques y ont été consacrées. Elles démontrent un développement psychosocial des enfants équivalent 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 ou provinces aux U.S.A, au Canada et en Australie, le Royaume Uni, la Nouvelle Zélande, Israël, la Russie, l'Ukraine, les Pays-Bas, la Roumanie, le Brésil, l'Argentine, la Corée du Sud, l'Iran, la Grèce, l'Inde (pas de loi mais un code médical), ... 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 du Canada ou de l'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 : assurer la filiation des enfants déjà nés, dans leur intérêt**

- 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, ouvrir un débat démocratique**

### **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 l'AMP**

- 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

<b>Synthèse du rapport</b> .....	<b>2</b>
<b>Partie 1. Evolution des connaissances depuis les débats parlementaires de 1994</b> .....	<b>5</b>
1.1 Introduction : .....	5
1.2 Depuis la nuit des temps, l'infertilité féminine est prise en compte dans la plupart des civilisations : .....	5
1.3 La procréation pour autrui : .....	5
1.4. La Gestation Pour Autrui : .....	6
1.5. De la controverse au pragmatisme : .....	6
1.6. Une meilleure connaissance des causes de l'infertilité : .....	8
1.7. Une meilleure efficacité de l'Assistance Médicale à la Procréation : .....	9
1.8. Une évolution de l'opinion publique en France : .....	9
1.9. Un quart de siècle de recul sur la gestation pour autrui : .....	11
1.10. Conclusion de cette partie : .....	13
<b>Partie 2. Propositions de l'association C.L.A.R.A.</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1. Les principes structurants du droit international et européen en matière de cadre légal de la GPA</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2. Définir une offre de soins équitable en matière d'infertilité</b> .....	<b>15</b>
<b>2.3. Une application collégiale des règles éthiques</b> : .....	<b>15</b>
<b>2.4. Un consentement libre et éclairé renforcé pour la GPA</b> : .....	<b>17</b>
<b>2.5. Un cadre juridique protecteur pour l'établissement de la parenté</b> .....	<b>18</b>
<b>2.6. Un protocole médical homologué dans un cadre altruiste et transparent</b> : .....	<b>19</b>
<b>2.7. Une politique générale de prévention de l'infertilité</b> : .....	<b>20</b>
<b>ANNEXE 1 «L'instinct maternel n'existe pas</b> » .....	<b>22</b>
<b>ANNEXE 2 Comprendre la gestation pour autrui à la lumière du rapport du Sénat (par Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste et anthropologue)</b> .....	<b>24</b>
<b>ANNEXE 3 : Revue des aspects psychologiques de la GPA</b> .....	<b>26</b>
<b>ANNEXE 4 - Liste des études sur la gestation pour autrui à la date de 2005</b> .....	<b>36</b>
<b>ANNEXE 5 : « Les familles dont les enfants n'ont pas de lien génétique avec leurs parents vont bien » (étude de la Société Européenne de la Reproduction et l'Embryologie)</b> .....	<b>43</b>

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

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

### 1.1 INTRODUCTION :

La pratique de la gestation pour autrui tout comme celle de la procréation pour autrui a été interdite par les lois bioéthiques votées en 1994. L'interdiction a été maintenue en 2004 au moment de la première révision. Malgré de nombreux débats ces dernières années, les enjeux et les différences entre ces deux pratiques, rassemblées sous le vocable de « mères porteuses », ne sont pas toujours comprises. L'association CLARA a été fondée en 2006 pour faire entendre la voix et l'expérience des couples infertiles. Elle rassemble dans son comité d'experts une trentaine de philosophes, médecins, sociologues, psychanalystes, juristes, anthropologues dont les plus connus sont Elizabeth Badinter, Geneviève Delaisi de Parseval, François Olivennes, Maurice Godelier, Nathalie Boudjerada, Frank Natali, Catherine Poirot, Israël Nisand et Michela Marzano.

### 1.2 DEPUIS LA NUIT DES TEMPS, L'INFERTILITE FEMININE EST PRISE EN COMPTE DANS LA PLUPART DES CIVILISATIONS :

Le Code d'Hammourabi est l'une des plus anciens recueil de lois écrites trouvé, et de loin le plus diffusé de son époque. Il fut réalisé sur l'initiative du roi de Babylone, Hammourabi, en 1750 avant J.-C. Les 282 différents « articles » fixent différentes règles de la vie courante. Les lois qui y sont rassemblées touchent aux rapports qui unissent les groupes sociaux, la famille, l'armée, la vie religieuse et la vie économique.

Quatre articles sont consacrés spécifiquement à l'infertilité féminine et 5 traitent des conséquences des naissances qui résultent d'un arrangement reproductif avec une tierce personne.

L'organisation et la reconnaissance publique de ces arrangements reproductifs que l'on pourrait qualifier de maternité partagée se fait en précisant les droits et les devoirs de chacun, notamment en matière de filiation. La femme qui apporte son aide pour pallier à l'infertilité de l'épouse acquiert des droits et n'en perd aucun.

Ces dispositifs législatifs, à replacer dans un contexte social de filiation patrilinéaire et d'acceptation de l'adultère, se retrouvent dans bien d'autres civilisations comme écrit sur les tablettes de Nuzi (Mésopotamie) quelques centaines d'années plus tard. On retrouve ensuite ces pratiques dans l'Égypte des pharaons, dans la Grèce antique, l'empire Romain (stèle Laudatio Turiae du premier siècle avant JC), dans la Toscane de la Renaissance (correspondance de la Casa Datini), et même en France Napoléonienne avec la notion de possession d'état du Code civil.

### 1.3 LA PROCREATION POUR AUTRUI :

L'insémination artificielle a été utilisée avec succès sur l'espèce humaine à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Sa pratique s'est développée après la seconde guerre mondiale. Du fait de son extrême simplicité, ce développement s'est longtemps fait majoritairement de manière privée voire clandestine en dehors de tout contrôle médical.

Le premier cas rapporté de procréation pour autrui (insémination artificielle d'une femme qui accepte de porter un enfant pour un couple, à qui elle donnera également son patrimoine génétique) remonte à l'année 1976 aux USA. Cette idée de remédier à l'infertilité féminine en s'affranchissant des relations sexuelles (et donc de l'adultère) sera publiquement défendue par l'avocat Noel Keane. Le débat public démarrera en 1981 avec les premières propositions de N. Keane (Ohio) et B. Handell (Californie) pour réglementer la pratique.

En France, la procréation pour autrui se développera par la pratique dite des « mères porteuses » dans les années 80 jusqu'à l'arrêt de la Cour de Cassation de 1991.

#### **1.4. LA GESTATION POUR AUTRUI :**

Au même moment que les premiers cas de procréation pour autrui apparaît également le premier cas de Fécondation In Vitro en 1978. Cette technique médicale permet donc de dissocier l'infertilité ovarienne, l'infertilité tubaire et l'infertilité utérine.

L'idée vient donc, comme l'insémination artificielle avait pu permettre de s'affranchir des rapports sexuels, de réduire l'implication de la femme qui porte l'enfant d'autrui de tout lien génétique, et à l'inverse de donner à la femme infertile la possibilité de transmettre son patrimoine génétique. Le premier enfant né par gestation pour autrui verra le jour en 1984 aux USA.

L'idée du don d'ovules provient du même raisonnement et se développe parallèlement à la gestation pour autrui.

Aux yeux des législateurs des différents pays, procréation pour autrui et gestation pour autrui ont au début été traitées sous le même angle avec les mêmes débats passionnés sur la prise en compte de l'intérêt de l'enfant pour en définir sa filiation, la liberté de procréer, l'égalité homme-femme devant la loi, et le risque de réification de l'enfant et du corps de la femme .

Lorsque les études ont permis de prendre du recul, il est apparu que la procréation pour autrui, du fait de sa simplicité technique, ne pouvait être encadrée par un processus d'accréditation médico-psychologique afin de garantir la plénitude du consentement libre et éclairé. C'est ainsi que les législations vont diverger progressivement à partir du milieu des années 90 en défaveur de la procréation pour autrui, tandis que la légalisation de la gestation pour autrui va se développer.

Du côté des couples infertiles, la question du génétique ne se pose pas qu'en termes de lien mais aussi en fonction de la prise en charge des soins médicaux qui varie beaucoup selon les dispositifs de santé. Le coût des Fécondations In Vitro et des soins médicaux associés peut devenir prohibitif et entraîner le choix des patients car la priorité reste d'accéder à la parenté.

#### **1.5. DE LA CONTROVERSE AU PRAGMATISME :**

La controverse publique envers les différentes formes de maternité pour autrui va démarrer dans le cadre de l'affaire « Baby » M dans les années 1980 aux USA<sup>1</sup>. Dans le long cours des jugements de cette affaire, la maternité pour autrui a été effectivement cadrée comme une illégitime marchandisation : vente d'enfant et exploitation des femmes. Ce cadrage peut être attribué à une « panique morale » générée par les médias, les politiciens et une coalition de groupes d'intérêts opposés à la maternité de pour autrui - surtout les féministes et religieux conservateurs. Il faut noter que le cas relevait d'une combinaison rarissime d'éléments sociaux qui en faisait un cliché idéal : lien génétique entre la mère porteuse et l'enfant, mère intentionnelle qui n'est pas infertile mais déclare privilégier sa

---

<sup>1</sup> « Now it's Melissa's time », By Jennifer Weiss , New Jersey Monthly Magazine, March, 2007

carrière, mère porteuse refusée par une agence pour problèmes psychologiques mais acceptée par un avocat sans évaluation, différence de revenus et d'éducation. Tous ces éléments ont occulté la souffrance de l'infertilité et les rapports apaisés et suivis que vivent l'immense majorité des couples infertiles avec les familles qui les ont aidés par leur don de gestation ou de gamètes. Ce cadrage de la maternité pour autrui comme marchandisation a eu des effets considérables sur la réglementation juridique. Dans la période l'après-Baby M, le législateur s'est orienté dans de nombreux Etats vers l'interdiction ou la réglementation stricte des arrangements de maternité pour autrui. Cette désapprobation a atteint son pic au milieu des années 90, et a commencé ensuite à s'effondrer progressivement en partant des pays anglo-saxons.

En effet, passé l'effet de panique morale, la réflexion s'est développée pour apporter une réponse pragmatique à des enjeux sociétaux qui ne se limitaient pas à la maternité pour autrui. Tout d'abord, le risque de coercition qui paraissait pour une position féministe s'est évaporé. Soutenu par des courants féministes dit communautaristes (militants pour la reconnaissance des spécificités féminines et la valorisation de leurs fonctions familiales, reproductives et éducatives), il n'a pas résisté aux courants égalitaristes féministes (militant pour l'égalité des droits entre les sexes), qui n'étaient pas intervenus jusque là. Cet argument en effet était également invoqué pour justifier l'interdiction de l'avortement ou de la contraception en affirmant qu'une femme ne pouvait prendre une décision libre du fait de la coercition exercée par les hommes, et que donc pour sanctuariser le statut de la femme il fallait la protéger des pressions en prohibant l'IVG et la pilule. Le discours sur la « vente d'enfants » (« *baby selling* » en anglais) est apparu comme un miroir de « *baby killing* ». Pour les féministes égalitaristes qui défendent le principe de l'autonomie de la femme, cette prohibition portait atteinte à leur libre arbitre de jouir librement de leurs fonctions reproductrices, y compris dans des pratiques de maternité pour autrui. Ainsi, la prohibition est donc apparue comme une autre forme de coercition tout aussi inacceptable.

La question de la marchandisation est apparue de son côté comme une vision tronquée du risque de réification des personnes (« *commodification* » en anglais). Ce risque apparaît à chaque fois que l'on ne respecte la personnalité et l'humanité d'une personne, et l'argent est loin d'être le seul vecteur. Il n'est pas propre à la maternité de substitution : de nombreux enfants sont mis au monde dans des familles pour leur apport économique fourni par leur travail, ou encore pour préserver des biens, des avantages et des valeurs par héritage ou alliance. Dans des situations de reproduction collaborative, c'est-à-dire avec l'intervention d'une tierce personne qui fait un don de gamètes ou de gestation, il apparaît que la personne la plus exposée au risque de réification est bien sûr l'enfant, du fait de sa dépendance totale aux adultes. En effet, si l'enfant n'est plus seulement la conséquence d'un amour et d'un désir de l'élever en temps que personne, mais devient un objet d'enjeux financiers (chantage à l'argent contre la garde de l'enfant par exemple) ou d'enjeux familiaux (restaurer l'unité d'un couple par exemple), la question de la réification de l'enfant se pose indubitablement. Pour éviter la réification de l'enfant, il est apparu qu'il fallait mettre ses intérêts au centre des décisions concernant la filiation, et ne pas la laisser dépendre des protagonistes qui l'ont fait venir au monde. Il convient donc d'établir des règles basées sur son intérêt à être élevé par un couple qui l'a désiré, et qu'en cas de conflit la décision relève du juge dans l'intérêt unique de l'enfant<sup>2</sup>.

Cette orientation n'est pas bien différente du principe de l'indisponibilité des personnes qui existe en France. La question de la réification du corps de la femme qui porte l'enfant a amené à limiter les échanges monétaires à un montant inférieur au salaire minimum en vigueur et/ou de le limiter au remboursement de dépenses réelles liées à l'état de grossesse. Et aussi à mettre en place des clauses d'information et de conseil indépendants qui permettent à chacune d'exprimer un consentement libre et éclairé quelques soient sa situation éducative ou financière, et de pouvoir le révoquer à tout moment.

Ainsi, au cours des dernières années, le cadrage de la maternité pour autrui comme marchandisation a été remplacé dans une large mesure, par une perception plus neutre, qui met l'accent

---

<sup>2</sup> SURROGACY AND THE POLITICS OF COMMODIFICATION, PROFESSOR ELIZABETH S. SCOTT, COLUMBIA LAW SCHOOL (<http://ssrn.com/abstract=1282330> , 10/10/2008)

sur l'utilité du service rendu par des femmes à des couples qui ne peuvent avoir des enfants sans aide. En conséquence, l'hostilité à la maternité de substitution a diminué parce que la panique morale s'est dissipée. En effet, les catastrophes ou préjudices annoncés ne se sont pas réalisés. Au contraire, de nombreuses études ont infirmé le risque de problèmes psychologiques chez les enfants et leurs familles, mais aussi chez les femmes qui les ont portés. D'autres ont décortiqué les motivations de ces femmes qui ne rentrent pas dans le cliché que certains imaginaient. En outre, les progrès de la fécondation in vitro (FIV) ont étendu la pratique de la gestation pour autrui, qui est moins perçue comme marchandisation que la procréation pour autrui, et donc, jugée plus acceptable. Ces conditions ont contribué à un climat politique dans lequel les législateurs ont adopté une approche pragmatique, privilégiant la réglementation à l'interdiction dans le but de minimiser le coût social de la maternité pour autrui. C'est ainsi que s'accroissent ces dernières années les réformes législatives<sup>3</sup> pour autoriser la gestation pour autrui lorsqu'elle est interdite ou pour clarifier les questions de filiation et d'accès aux informations concernant les conditions de naissance<sup>4</sup>.

Il est regrettable qu'en France, il soit si peu prêté attention aux évolutions législatives de ces cinq dernières années qui ont rendu majoritaire dans le monde la légalisation de la gestation pour autrui – notamment quasiment partout dans les pays anglo-saxons comme les provinces ou états des USA, du Canada ou d'Australie - . Il est notamment regrettable de lire dans les rapports publiés, comme celui de l'OPECST en novembre 2008 une description tronquée des faits qui d'autre part correspondent à la situation d'il y a dix ans lorsque la panique morale engendrée par l'affaire Baby M était sur sa fin. Il est d'ailleurs symbolique de noter qu'aujourd'hui, Baby M est une universitaire de 22 ans qui a fait un témoignage remarqué<sup>5</sup> pour dire combien elle aimait ses parents et comment elle était heureuse d'avoir été élevée par eux. A sa majorité, elle avait de sa propre initiative fait la démarche pour être adoptée par sa mère, et par conséquent mettre fin au lien de filiation avec celle qui l'avait portée, lien qui avait été décidé par les juges du New Jersey en 1988. Elle envisage de devenir ministre et d'avoir des enfants. Il est regrettable que le rapport de l'OPECST explique, encore 25 ans après, que « l'on n'a pas de recul » sur la gestation pour autrui ».

## **1.6. UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES CAUSES DE L'INFERTILITE :**

Au début des années 90, la pratique de la Fécondation In Vitro en France est encore trop récente pour définir objectivement l'infertilité. Dans tous les documents présentés à l'époque, l'infertilité utérine n'a été abordée que sous les vocables « endométriose », « inexplicée » et « diverses ». Depuis, nous savons que l'infertilité utérine représente 18% de l'infertilité féminine (source : SART<sup>6</sup>, chiffres 2005). Les causes principales par ordre décroissant sont l'hystérectomie, le syndrome MRKH, l'exposition aux Distilbène (DES), ou la présence de risques médicaux sévères liés à l'état de grossesse.

De même, le syndrome M.R.K.H<sup>7</sup> est mieux connu aujourd'hui 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

---

<sup>3</sup> Clarifying the Law of ART: The New American Bar Association Model Act Governing Assisted Reproductive Technology, Charles P. Kindregan, Jr., Distinguished Professor of Law, Suffolk University Law School, (<http://ssrn.com/abstract=1275999>, 30/09/2008)

<sup>4</sup> Explanatory Memorandum of the Surrogacy Bill 2007 (Western Australia, 28 février 2007)

<sup>5</sup> « Now it's Melissa's time », By Jennifer Weiss, New Jersey Monthly Magazine, March, 2007

<sup>6</sup> Society of Assisted Reproduction Technologies

<sup>7</sup> Mayer, Rokintaski, Keuster, Hauser

(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.

### **1.7. UNE MEILLEURE EFFICACITE DE L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION :**

Le taux de naissance par cycle de FIV a presque doublé en 20 ans 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 : SART<sup>1</sup>, 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 par exemple) 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 (plus de 300 sont recensées à ce jour rien que pour la gestation pour autrui). La communication à l'enfant de ses conditions de naissance dès ses premières années est un facteur de réussite. A l'inverse, une communication tardive (à la majorité par exemple) peut générer des souffrances qui relèvent de ce que les psychanalystes appellent « le secret de famille ». Globalement, 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).

### **1.8. UNE EVOLUTION DE L'OPINION PUBLIQUE EN FRANCE :**

L'assistance médicale à la procréation a fait l'objet de nombreux débats. Perçue par certains comme un défi de l'homme envers l'ordre divin, elle a suscité des controverses dans lesquelles certains groupes religieux sont intervenus. Les premiers choix législatifs reflètent souvent les tendances religieuses des pays. Seuls deux groupes religieux condamnent toute forme d'assistance médicale à la procréation : l'Eglise Catholique Romaine et l'Islam Sunnite.

Ainsi, la gestation pour autrui est légale et encadrée par la loi dans la plupart des états des USA, du Canada et de l'Australie, le Royaume Uni, Israël, la Russie, la Géorgie, l'Ukraine, les Pays-Bas, le Danemark, la Nouvelle Zélande, la Corée du Sud, l'Iran, l'Afrique du Sud, la Grèce, la Roumanie. Dans certains pays comme la Hongrie, l'Argentine, le Brésil, la Belgique et l'Inde la loi autorise la gestation pour autrui sans l'encadrer, mais laisse la régulation des pratiques se faire au travers des codes des pratiques de santé. Néanmoins, des projets de loi sont en cours dans ces derniers pays pour réguler les pratiques dans un cadre plus strict de consentement libre et éclairé et altruiste.

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

Ces positions d'hostilité à la légalisation de la gestation pour autrui reposent principalement sur des craintes exprimées à la fin des années 80 au sujet de la procréation pour autrui (Elle semblent relever du principe plus que de l'observation du terrain, puisque, passées une quinzaine d'années supplémentaires, aucune étude n'est venu étayer ces affirmations. Cet écart entre représentation et réalité se retrouve par exemple dans l'affirmation 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).

En France, pays laïque, on peut s'étonner de la place donnée à un dogme religieux (l'indisponibilité du corps humain, qui n'existe pas dans la loi française) qui déclare illicite la gestation pour autrui au travers d'un document (« Donum Vitae » de la Congrégation pour la Doctrine de la Foi du 22 février 1987) 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 position face à l'AMP a largement évolué, comme en témoigne 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). Tous les autres sondages confirmeront cette opinion générale favorable à la légalisation de la gestation pour autrui, comme par exemple celui de TNS Sofres fait en juin 2008.

Les lois adoptées en 1994 n'ont pas permis de trouver un équilibre entre la demande de soins, l'équité de l'offre de soins et le consentement libre et éclairé du patient. 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. Aux yeux des couples infertiles, cette inégalité devant l'infertilité contredit le principe de l'article 16 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948<sup>8</sup>.

Ces lois françaises de 1994 apparaissent maintenant peu fondées au regard de la Convention d'Oviedo. En effet, 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 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.

Enfin, sur le plan médical, la loi française apparaît isolée et dépassée face à l'European Society for Human Reproduction and Embryology qui s'est prononcée en 2005 pour la légalisation encadrée de la GPA en Europe, tout comme la majorité des Gynécologues et Obstétriciens français en

---

<sup>8</sup> « A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution. »

octobre 2008 (enquête réalisé par le GEF, le BLEFCO, le CNGOF, la SFG et la FNCGM, <http://www.geffprocreation.com/pdf/questamp011008.pdf>).

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 ou de certaines provinces d'Australie par exemple). La prohibition de la procréation et de la gestation pour autrui en France a pour effet de repousser des couples vers la clandestinité, donc 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 en France 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 et de compétences pour faire l'insémination artificielle.

### 1.9. UN QUART DE SIECLE DE REcul SUR LA GESTATION POUR AUTRUI :

Dans la quasi-totalité des pays qui ont légiféré pour autoriser la GPA dans un cadre réglementé, une agence accrédite les organismes de santé reproductive et assure un suivi des enfants nés suite à un protocole d'assistance médicale à la procréation. Ainsi, de nombreuses données cliniques sont maintenant disponibles<sup>9</sup>, et permettent de répondre aux interrogations sur les risques présumés de cette pratique. Des études principalement réalisées en Angleterre<sup>10</sup> au Canada<sup>11</sup>, en Israël<sup>12</sup> et aux USA<sup>13</sup> et en Australie<sup>14</sup> mettent en évidence les enjeux de la gestation pour autrui et les bonnes pratiques à appliquer.

Tout d'abord, les **motivations des gestatrices** ne reposent pas sur l'argent, mais sur le désir d'aider son prochain suite à une sensibilisation à l'infertilité par des proches ou sur la volonté de se dépasser soi-même par un acte altruiste. Elles ont toutes en commun une perception positive et valorisante des grossesses qu'elles ont vécues en fondant leur famille. Elles n'ont pas le sentiment de porter leur propre enfant, mais d'être investies par un couple infertile pour héberger et de protéger un embryon qui deviendra un enfant. Elles développent une relation de proximité avec la mère intentionnelle qui fait dire à certaines qu'il s'agit de maternité partagée.

Ce qui est indéniable, c'est que la mère intentionnelle attend un enfant, même si c'est une autre personne qui le porte et qui se fait la représentante de la mère<sup>15</sup>. A la naissance, les cas de dépression post-partum sont exceptionnels. Si crainte il y a, c'est de perdre le lien avec les parents intentionnels, lien qui a alimenté leur motivation. Dans 90% des cas, les relations continuent entre les deux familles après la naissance de l'enfant. Il est pertinent de faire le parallèle avec la confiance placée dans une assistance maternelle. Les parents font confiance à cette personne pour prendre soin de leur enfant nouveau-né et s'en remettent à elle pour le garder. L'assistance maternelle veille et répond aux besoins de cet enfant, et il se crée des échanges que l'on peut qualifier d'affectueux. Dans certains

---

<sup>9</sup> 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), documents présents en annexes 3,4 & 5.

<sup>10</sup> S. Golombok, E. Brindsen, E. Blyth, O. Van den Akker

<sup>11</sup> V. Krishnan, S. Kashmeri

<sup>12</sup> B. Steinbock, S.M. Kahn

<sup>13</sup> Ragone, J. C. Ciccarelli, H. Hanafin, C. Kleinpeter, M. Hohman

<sup>14</sup> D. Cooper

<sup>15</sup> Voir le texte de Geneviève Delaisi de Parseval en Annexe 1

cas, ils se prolongent au-delà de la période de garde. Néanmoins, ces échanges ne se substituent pas à l'amour maternel.

Avec l'expérience et le recul, les associations et les agences de mise en relation organisent des rencontres pour valoriser les gestatrices et pour leur faire échanger leurs expériences dans des groupes de parole. Enfin, dans la plupart des pays qui ont encadré légalement la GPA comme la plupart des états d'Australie et des USA, mais aussi le Canada, les gestatrices ne sont ni rémunérées ni dédommagées, mais seulement **remboursées de frais sur présentation de factures**. Pourtant, malgré ces règles strictes, on ne constate pas un manque de candidates à la GPA. Ceci milite pour limiter la place de l'argent au défraiement et d'éviter ainsi toute notion de dédommagement qui pourrait parasiter la notion de don.

**L'épanouissement psychosocial des enfants** nés par gestation pour autrui a fait l'objet également de nombreuses études. Les résultats ne montrent pas d'écart significatif avec les enfants conçus sans aide médicale. Néanmoins, la question de la **connaissance des conditions de naissance** joue un rôle positif, surtout lorsqu'elle se déroule pendant l'enfance. A l'inverse, une révélation tardive (à la majorité par exemple) est souvent mal perçue parce que violente ou venant après une longue période de déni. De plus, l'évolution des pratiques a permis aux parents intentionnels d'être présents à l'accouchement et de démarrer le processus d'attachement du bébé dès son premier souffle. De même, il est maintenant habituel pour la mère intentionnelle d'allaiter son enfant, même si elle ne l'a pas porté. On ne saurait se focaliser sur la seule intimité entre l'enfant et celle qui le porte, et passer sous silence l'importance du processus d'attachement et l'intimité d'une relation d'allaitement quand les sens du nouveau-né s'éveillent<sup>16</sup>.

Ces études montrent également le caractère totalement marginal d'une revendication de la gestatrice sur l'enfant qu'elle a porté. Si les media se sont fait l'écho d'une dizaine de cas de conflits du type de l'affaire de la petite Donna en Belgique en 2005, il convient de rappeler qu'il s'agissait de procréation pour autrui, et non pas de gestation pour autrui, et circonstance importante, dans des pays qui n'avaient pas mis de règles d'encadrement de la pratique. Si l'on se limite à la gestation pour autrui encadrée, il n'existe **que quelques rares conflits pour plus de 25 000 naissances en 25 ans**, et dont l'origine repose soit sur une défaillance du couple de parents intentionnels (divorce), soit sur un chantage de la part de la gestatrice à visée financière. Ceci confirme la nécessité d'une évaluation psychologique des parents intentionnels tout autant que de la candidate gestatrice (comme cela se pratique actuellement pour l'AMP avec donneur), que la place de l'argent soit strictement contenue au remboursement des frais et que des règles claires en matière de filiation soient établies et comprises par tous les protagonistes. Il est intéressant de noter que, dans les rares cas où cela s'est mal passé, la gestatrice avait été refusée par l'agence, et ce pour des raisons psychologiques, médicales ou pour manque de motivation.

---

<sup>16</sup> Voir l'Interview de Mme Badinter « L'instinct maternel n'existe pas » (annexe 2)

## 1.10. 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, et in fine préservant la primauté de l'intérêt de l'enfant.

Ce recul de plus de 25 ans est d'ailleurs sans aucune mesure comparable à celui qui existait lorsqu'ont été autorisés en France la FIV, le don d'embryons ou le « bébé médicament ». Pour ces deux dernières pratiques, on peut également ajouter que les risques éthiques de réification de l'enfant sont bien plus réels que dans le cas de la gestation pour autrui.

Ainsi, l'argument (utilisé notamment par l'OPECST) que l'on ne pourrait pas légaliser la gestation pour autrui en France par manque de recul sur les risques associés apparaît relever de l'ignorance. On peut s'interroger sur la crédibilité de certaines institutions qui se cantonnent à reproduire des éléments tronqués du passé sans investiguer impartialement chez les grandes démocraties voisines. Cette incapacité à apporter des réponses étayées et complètes à des questions que la société pose depuis plus de vingt ans apparaît en elle-même une atteinte au principe même d'une démarche éthique.

On ne peut se contenter de renvoyer les couples infertiles vers l'adoption. D'une part, ce n'est pas le rôle de l'adoption de solutionner le problème de l'infertilité (sa vocation est de donner des familles à des enfants, pas l'inverse), d'autre part, il n'y a que 800 adoptions par an en France (pour 30 000 demandes) à comparer aux 20 000 naissances grâce à l'Assistance Médicale à la Procréation.

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. La décision de la cour de cassation du 17 décembre dernier a été une occasion manquée de mettre la doctrine judiciaire française en phase avec le droit européen et international, et de toutes façons n'empêchera pas les couples infertiles de continuer à se rendre à l'étranger.

Il est donc essentiel pour notre société moderne et démocratique, que la loi concernant la gestation pour autrui soit revue, à **l'instar de ce qu'a proposé le Sénat dans son rapport sur la « contribution à la réflexion sur la maternité pour autrui » publié le 25 juin dernier**, et ce 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 **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 incontournable 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 ladite 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).
- A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution. (article 16 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948).
- 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 qu'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, sources 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 (comme cela se passe déjà pour le don de gamètes).
- 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 en arrêtant le protocole médical, ou faire usage de son droit d'IVG ou d'IMG (dans le respect des procédures et délais légaux).
- La filiation est établie par les dispositions de la loi avec généralement l'intervention d'un juge sur la base de la primauté de l'intérêt de l'enfant. 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 prénatale définitive ou préliminaire, 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 financières au don gestationnel (défraiement ou dédommagement) 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.

## 2.2. 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, pour les infertilités ovariennes et pour les infertilités tubaires. 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. Etant donné que l'expérience acquise en 25 ans montre que la gestation pour autrui ne présente pas plus de problèmes que les autres pratiques d'AMP, les couples infertiles ressentent la prohibition de la GPA comme une forme de discrimination sociale.

### **Ce que nous proposons : se caler dans le processus existant déjà pour l'AMP**

- 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 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 la biomédecine ou de tout autre organisme existant ou à créer
- 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 la biomédecine ou de tout autre organisme existant ou à créer ».

## 2.3. 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 l'AMP et de la génétique, de 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 vivantes<sup>17</sup> : 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 a pour objet de vérifier la conformité à la loi et le consentement des partenaires d'un protocole médical.

### **Ce que nous proposons : passer par une procédure d'agrément, pour chacun des protagonistes**

- 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
  - après évaluation collégiale des parents intentionnels
  - après évaluation collégiale de la candidate gestatrice
  - 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)
  - après recueil du consentement libre et éclairé de chacun, y compris de l'éventuel conjoint de la candidate gestatrice (lui-même et son (ses) enfant (s) étant impliqué indirectement dans la démarche, il est juste de lui demander son accord en tant que co-représentant légal de sa famille)

---

<sup>17</sup> 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

- d'évaluer régulièrement les résultats de ces comités locaux par l'Agence de Biomédecine ou de tout autre organisme existant ou à créer pour garantir l'équité des soins en matière de dépense publique.
- de communiquer ces évaluations pour une amélioration continue des pratiques.

#### 2.4. 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 GPA, 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. Contrairement à l'idée reçue, les conventions de GPA 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 et il ne s'agit donc pas de « contrat » au sens commercial du terme.

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 mais un engagement à rembourser sur justificatif tous les frais liés à l'état de grossesse qui ne seraient pas pris en charge par la Sécurité Sociale dans le respect d'un montant raisonnable à ne pas dépasser.
- le nombre maximum d'embryons à transférer (pour respecter le consentement à une grossesse gémellaire ou non), la possibilité ou non de réduction d'embryons, etc ...
- l'éventualité d'une IMG en cas d'indication médicale (sachant que la décision finale 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 : les conditions d'accès à l'AMP/ GPA**

- 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 de la gestatrice ainsi que sa possibilité de révocation selon des modalités à fixer par l'Agence de Biomédecine, préalable à l'obtention d'un agrément par le juge. Pour une femme mariée ou vivant en concubinage, 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.

## 2.5. 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 GPA 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 (re)venir. Ainsi, l'intérêt de l'enfant est d'être élevé par ceux qui l'ont désiré, sauf si par exception il y avait une défaillance de ces derniers. 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 au choix des personnes, mais pré-définie par le dispositif légal et confirmée par le juge dans le respect de la primauté des intérêts de l'enfant.

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.

### **Pas de secret de famille concernant la conception des enfants**

Enfin, une filiation en accord avec la réalité sociale n'est pas en opposition avec la non-dissimulation des conditions de conception de l'enfant à laquelle a participé la gestatrice, et dans une moindre mesure, sa famille. Ce recueil des conditions de conception peut prendre la forme d'un dossier où seraient consignés les motivations des parents et de la gestatrice, leur historique médical y compris sur le plan de l'infertilité, et un rapide descriptif de leurs traits et personnalités. Tous ces éléments pouvant être extraits des pièces ayant permis l'accord préalable. D'autre part, s'il est universellement constaté le bénéfice d'une absence de secret de famille et les risques qu'il y a à attendre jusqu'aux dix-huit ans de l'enfant pour lui expliquer les conditions de sa conception et de sa naissance, il n'est pas possible d'imposer par la loi aux parents de ne pas dissimuler ces informations à l'enfant. Dans une moindre mesure, il est également souhaitable que les enfants de la gestatrice puissent être au courant de la démarche de leur mère afin de ne pas se méprendre ou fantasmer sur ses motivations. C'est pourquoi nous pensons que les membres directs de ces deux familles doivent pouvoir accéder à ces informations sans restriction.

### **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. et restaurer l'article 47 du code civil tel qu'il était avant sa modification en 2003 et 2004.

**b) A moyen terme**, et au plus tard au cours des débats qui présideront à la révision de la loi de bioéthique :

- 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 est établie (sur le régime de la présomption de maternité et de paternité). Elle est ensuite confirmée par le juge lors de l'établissement du lien de filiation de l'enfant au nom de la primauté de l'intérêt de l'enfant.
- Il ne sera pas fait mention dans l'acte de naissance du nom de la gestatrice, mais il sera tenu un registre et un dossier par l'Agence de biomédecine (ou tout autre organisme agréé) ou par la CNAOP (selon le choix pris par le législateur), qui sera consultable par tous les membres directs de la famille de l'enfant, mais aussi par ceux de la famille directe de la gestatrice, et ce sans conditions d'âge. Ce dossier consignera les motivations des parents et de la gestatrice, leur historique médical y compris sur le plan de l'infertilité, et un rapide descriptif de leurs traits et personnalités. Tous ces éléments pouvant être extraits des pièces ayant permis l'agrément préalable.

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

La question de l'argent est souvent mentionnée au sujet de la motivation des gestatrices. Il y a en fait 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 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 ménage si ces activités ne sont plus compatibles avec la grossesse. Le principe de l'absence de profit (ou de neutralité financière) n'implique pas que la gestatrice doive perdre de l'argent pour son comportement altruiste, ce qui serait un frein aux vocations.

Il convient également de faire la différence entre la notion de dédommagement (qui suppose une compensation financière pour un dommage ou une souffrance) et la notion de défraiement (qui se limite au remboursement de dépenses financières réelles). Cette notion de dédommagement risque d'empêcher la distinction entre ce qui relève du don (dans sa dimension immatérielle) et ce qui relève de l'échange monétarisé, avec le risque de réification qu'il comporte. C'est pourquoi, comme la majorité des législations étrangères, nous proposons de limiter la place de l'argent au simple remboursement des dépenses justifiées de la gestatrice.

Ces dépenses peuvent être placés en trois catégories :

- Ce qui est pris en charge par la Sécurité Sociale notamment au titre de la grossesse et de l'AMP
- Ce que les parents intentionnels auraient dépensé s'ils avaient mené par eux-mêmes cette grossesse (habillement, baby-sitting, aide ménagère...)
- Ce qui relève des conséquences du processus médical de la gestation pour autrui (temps et déplacements pour les examens et traitements principalement)

### **Ce que nous proposons : un modèle basé sur la « neutralité financière »**

- Que les parents intentionnels s'engagent à rembourser à la gestatrice, et sur factures uniquement, toutes les dépenses extra-médicales auxquelles ils auraient dû également 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 passeront par des organismes agréés.
- 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 et les mutuelles (au cas peu probable où la gestatrice n'en aurait pas, ce sont les parents intentionnels qui prendraient une couverture auprès d'une mutuelle pour celle-ci, au démarrage du processus médical).

### **2.7. 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 : sensibiliser le public à la prévention et favoriser la recherche sur l'infertilité**

- 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 en 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 «L'instinct maternel n'existe pas »**

---

Recueilli par **C.R.** (jeudi 26 juin 2008) (Libération)

Elisabeth Badinter. Philosophe et écrivaine, spécialiste du siècle des Lumières, elle interroge sans cesse la place de la femme dans la société ou le rôle du féminisme, comme dans « Fausse Route », et se montre très vigilante sur la laïcité. Elle a été auditionnée par le groupe de travail du Sénat.

### **Quelle est votre position sur la gestation pour autrui ?**

Je suis pour sa légalisation en France et pour une harmonisation européenne, donc favorable à l'initiative du Sénat. Si l'on croit à un instinct maternel qui empêcherait une femme enceinte de se détacher du fœtus qu'elle porte, alors cette loi peut être rejetée. Ce n'est pas mon cas. Je pense qu'on peut porter un enfant sans faire de projet, sans fantasmer, sans «tricoter» une relation avec lui. Voyez l'avortement. A ce moment-là, la gestation pour autrui (GPA) peut être autorisée à certaines conditions. Si on porte un enfant pour un couple qui ne peut en avoir, comme une action tout à fait extraordinaire et belle, cela ne me choque pas du tout. Mais je pense qu'il faut accepter un droit au remords, comme dans la loi anglaise. Une femme de bonne foi au départ peut être jouée par son inconscient et se dire après l'accouchement : «Je veux le garder.» Il faut alors le prendre en compte. Mais l'expérience montre que les rétractations sont rarissimes.

### **Que répondez-vous à l'argument de la marchandisation du corps ?**

C'est effectivement le deuxième argument contre la GPA. L'exemple américain peut nous amener à penser qu'il s'agit là d'une mercantilisation inappropriée du corps de la femme. Mais je pense qu'on peut y mettre des barrières. En fait, cela rend une loi et un encadrement encore plus nécessaires. Sur le modèle anglais, avec un accompagnement psychologique de la mère porteuse, un assentiment du juge, un renforcement du comité d'éthique, tous ces instruments qui n'existent pas dans les situations où l'on retrouve des scandales. La légalisation est justement un moyen d'empêcher les dérives, comme les agences d'intermédiaires.

Il ne faut pas que des femmes se retrouvent à donner leur ventre, comme d'autres donnent un rein, pour manger. Encore une fois, tout cela plaide pour une loi. Quand j'ai été auditionnée par le Sénat, c'est ce que j'ai dit. Permettre à une femme qui n'a pas d'utérus et qui ne peut porter un enfant d'en avoir un, cela va résoudre des situations intenable pour des couples.

### **La mère est-elle celle qui accouche ?**

Aujourd'hui, il y a une dissociation, un éclatement du processus maternel et donc je réponds que la mère est celle qui élève l'enfant. De même que j'ai toujours pensé que le père était celui qui élevait l'enfant, pas le géniteur.

### **Etre favorable à la gestation pour autrui, est-ce une position féministe ?**

Je ne me suis pas posé la question en ces termes. Pour moi, c'est une question d'humanité. C'est une position féministe à mes yeux car j'ai toujours défendu l'idée que l'instinct maternel n'existe pas. Tout amour est construction. C'est l'un des acquis du féminisme. C'est pour ça que je suis à l'aise avec la question de l'avortement : une femme peut être enceinte, peut avorter et ne rien ressentir, sans être une salope. On peut ne pas vouloir un enfant, ni les trente années d'éducation qui suivent. Une femme peut aimer être enceinte, et je la comprends, mais sans avoir envie d'assumer un enfant. J'espère que certaines d'entre elles pourront aider les couples qui ne peuvent pas avoir d'enfant. Il faut le faire à la canadienne, à l'anglaise, avec un accompagnement de la mère porteuse. Les parents peuvent fantasmer autour de son ventre. Elle, non, elle ne réfléchit pas à quel prénom elle va donner, elle porte l'enfant pour un autre couple.

### **Quels critères, quels garde-fous ?**

Il faut absolument que la gestatrice ne soit pas étudiante, qu'elle ne soit pas une femme fragile et qu'elle soit déjà mère elle-même, tout cela est très important : il ne faut pas que les femmes dans la misère soient tentées. Pour autant, je suis favorable à un dédommagement et que cela soit assumé par une autorité officielle. Il faut prendre en compte l'arrêt de travail, les examens... Cela me semble légitime. Mais il faut que ce soit le même prix pour tout le monde.

### **Selon vous, les couples d'homosexuels devraient-ils aussi être éligibles ?**

Avec le temps, on ira vers un élargissement. Mais je pense de façon très pragmatique qu'il faut peut-être d'abord le réserver aux femmes qui n'ont pas d'utérus. Après, cela pourrait être ouvert aux couples homosexuels. En revanche, je pense que cela ne doit pas être accessible aux femmes qui ne désirent pas porter un enfant (si elles le peuvent).

On vit tous avec l'idée que la famille traditionnelle, hétérosexuelle, est ce qu'il y a de mieux pour les enfants. Mais nous qui vivons dans ces familles, nous n'avons aucune leçon à donner aux autres, aux parents d'enfants qui sont conçus différemment. Les familles traditionnelles ont fait beaucoup de névroses, de chagrins et de ratages. Avoir des enfants dans d'autres conditions, cela n'est pas plus risqué.

<http://www.liberation.fr/actualite/societe/334908.FR.php> © Libération

## **ANNEXE 2 Comprendre la gestation pour autrui à la lumière du rapport du Sénat (par Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste et anthropologue)**

---

Le rapport du Sénat est susceptible d'amener le législateur à décider s'il est admissible qu'une femme décide d'apporter son aide à une autre femme qui, pour des raisons d'ordre médical, ne peut porter d'enfant. Il est essentiel de comprendre le scénario du protocole de fécondation in vitro dont il est ici question : une femme, elle-même mère de ses propres enfants, accepte de porter volontairement, pour un couple qu'elle a choisi, un embryon qui lui est étranger, tant à elle qu'à son compagnon. Cette « seconde mère » assure ainsi la seule gestation du bébé pour un couple de parents d'intention qui, dans les cas habituels, sont également ses parents génétiques, l'embryon ayant été conçu avec leurs gamètes.

Ce protocole de « maternité partagée » pose deux questions majeures, l'une psychologique et éthique, l'autre juridique.

La première consiste à s'interroger sur la définition même de la maternité. Ce terme est, en français, très ambigu : il désigne autant le fait d'être mère que le lieu où on accouche... Il ne correspond en tous cas nullement au processus psychique du « devenir mère ». L'allemand a permis à Freud d'utiliser trois mots différents. L'anglais en possède deux (maternity et motherhood). En langage psychanalytique, la « maternalité » (traduction de l'anglais motherhood) est un processus de maturation psychique qui est loin de se calquer de manière simple sur la grossesse et sur l'accouchement. Ce terme désigne l'ensemble des processus affectifs qui, dans les cas habituels, se développent et s'intègrent chez une femme à l'occasion de la grossesse et de l'accouchement.

Le suivi de femmes enceintes montre d'ailleurs de manière significative qu'une femme ne devient pas mère, comme par magie, le jour où elle accouche ; c'est donc un postulat simpliste de penser que la grossesse constituerait l'alpha et l'omega de la maternité. On connaît en ce sens le cas de l'adoption au cours duquel une femme peut vivre le processus psychique de la maternalité sans avoir vécu ni grossesse ni accouchement.

La gestation pour autrui amène ainsi à réinterroger les fondamentaux du « devenir mère ». L'amalgame opéré trop facilement entre état de grossesse et maternité induit en effet une représentation biaisée qui parasite la compréhension de la gestation pour autrui dans le contexte totalement nouveau de l'ère post-FIV qui a fait « éclater » la notion même de maternité en trois personnes éventuellement différentes : la mère génétique, la mère utérine, et la mère d'intention.

La question psychologique devient alors la suivante : il s'agit d'analyser l'élaboration mentale d'une mère vis-à-vis d'un fœtus qu'elle porte mais qu'elle ne désire pas puisqu'il n'est pas le sien car elle a décidé, dès avant la grossesse, de le rendre au couple qui l'a conçu.

Il est significatif de rapporter à ce débat le fait que dans les sociétés occidentales, 15% des mères qui accouchent dans des conditions normales font des dépressions post-natales – différentes du post-partum blues, trouble sans gravité – qui sont des pathologies sévères susceptibles d'avoir des conséquences à long terme sur la relation mère / enfant. Or les études britanniques pionnières qui ont suivi des cohortes de gestatrices, plusieurs années après une GPA, ont montré qu'aucune de ces mères n'avait souffert de dépression post-natale.

Il est également intéressant de considérer le fait que, pour un enfant, naître dans une situation de gestation pour autrui dans laquelle il est relié de manière naturelle à ses parents (car a été conçu avec les gamètes des parents d'intention) est une situation sans doute moins compliquée que celles qui existent dans certaines des formes de dissociations de la parentalité prévues dans la loi bioéthique, tel le protocole d'« accueil d'embryon » dans lequel une femme porte un embryon donné par un autre couple ; quant à la procédure de don d'ovocytes dans laquelle on replace chez la mère un embryon conçu avec l'ovocyte d'une donneuse et le sperme du futur père, la mère étant en ce cas enceinte d'un embryon qui lui est à demi-étranger, elle est également instructive à mettre en parallèle avec la gestation pour autrui.

Car si la grossesse et l'accouchement constituaient l'élément primordial de la maternité, il n'y aurait aucun problème psychologique d'acceptation des situations précédentes : or la clinique montre que la

réalité est moins simple et que les ovocytes ou les embryons donnés ne se « dissolvent pas » si facilement dans la grossesse...

L'autre aspect est d'ordre juridique. Rappelons juste que la loi française qui prohibe la GPA trouve son fondement dans la volonté d'éradiquer les pratiques des « mères porteuses » datant d'avant la FIV. Elle est extraite des motifs de l'arrêt de la Cour de cassation de l'arrêt *Alma Mater*, par lequel, en 1991, les magistrats avaient, fort justement, refusé de prononcer l'adoption d'un enfant né à la suite de l'insémination d'une « mère porteuse » par l'époux de la mère d'intention ; mais il s'agissait alors d'une GPA dans laquelle la gestatrice étant amenée à abandonner son propre enfant. Tout ceci est radicalement différent maintenant, on l'a vu.

Le moment semble donc venu d'admettre légalement une forme de gestation pour autrui qui ne contredit aucun de nos droits fondamentaux. Il est en ce sens essentiel que soient délimitées clairement les indications médicales de la gestation pour autrui (par exemple l'hystérectomie ou l'absence congénitale d'utérus) et que la future loi bioéthique statue sur un protocole dans lequel la gestatrice ne sera en aucun cas pas la mère génétique, l'ovocyte étant soit celui de la mère d'intention soit celui d'une donneuse. La gestation pour autrui moderne apparaît ainsi comme un révélateur du lien parental moderne composé de la participation corporelle d'un ou de plusieurs parents, le tout sur fond de projet parental, de volonté et de responsabilité éducative.

#### **« 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 though 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 4 - Liste des études sur la gestation pour autrui à la date de 2005**

---

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

Hohman, 2000 program (13 White, 3 Hispanic, 1 other)  
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 woman, 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., & DiPetro, 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](mailto: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.

## **ANNEXE 5 : « Les familles dont les enfants n'ont pas de lien génétique avec leurs parents vont bien » (étude de la Société Européenne de la Reproduction et l'Embryologie) »**

---

Publié le 5 Juillet 2008, résumé et traduction par l'association Clara

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<sup>ème</sup> 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 soit 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 que leurs enfants pourraient, selon elles, 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 feuille blanche avec des cercles concentriques et nous 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 impliquées 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 le bien être des parents et des enfants concernés," rapporte Mlle Casey.

Source : Société Européenne pour la Reproduction Humaine et l'Embryologie (2008).