

# Gestation pour autrui: le pour, le contre

L'Académie nationale de médecine a rendu, le 10 mars dernier, un avis défavorable à la gestation pour autrui. Le professeur Roger Henrion, rapporteur du groupe de travail, avait relevé les arguments pour et contre une levée de la prohibition. Il dresse ici un exposé succinct de cette réflexion.

Pr Roger HENRION, membre de l'Académie nationale de médecine

**L**e groupe de travail qui a rédigé le rapport de l'Académie nationale de médecine a procédé d'un part à une analyse de la littérature étrangère et française, d'autre part à l'audition de vingt-trois personnes: juristes, psychiatres, gynécologues obstétriciens, associations, couples avec gestatrices. C'est à partir de la synthèse de ces lectures et de ces auditions que la gestation pour autrui (GPA), nouveau mode de procréation médicalement assistée, peut être appréhendé.

Qu'est-ce que la gestation pour autrui? La GPA est la seule possibilité offerte à une femme qui, souffrant d'une stérilité d'origine utérine, n'a pas renoncé à devenir mère d'un enfant porteur de ses propres gènes et de ceux de son mari.

## La GPA au secours d'une stérilité utérine

La première indication est à l'évidence l'absence d'utérus. Cette absence peut être d'origine congénitale, s'associant à l'absence des deux tiers supérieurs du vagin dans le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hausner (MRKH), ou chirurgicale à la suite d'une hystérectomie faite en raison d'une hémorragie de la

*Les enfants nés suite à une GPA ne semblent pas avoir plus de risques psychiques que dans les autres formes de procréation médicalement assistée. Ils seraient même mieux équilibrés que les enfants conçus naturellement car très fortement désirés dès leur conception.*

délivrance, d'une rupture utérine, d'un placenta *praevia accreta* ou encore d'un cancer survenant dans l'enfance, l'adolescence (sarcome de l'utérus, tumeurs malignes de l'ovaire) ou chez un adulte jeune (cancer du col). On assiste, depuis quelques années, d'une part au rajeunissement de l'apparition de certains cancers, d'autre part au retard de plus en plus marqué de l'âge de la première grossesse.

La deuxième indication est la présence d'anomalies morphologiques et fonctionnelles sévères de l'utérus, ne permettant pas le développement normal d'une grossesse, conséquence tantôt de malformations utérines, tantôt d'anomalies liées à la prise de diéthylstilbestrol (DES) par la mère de la femme pendant sa grossesse, tantôt de synéchies traumatiques à la suite de curetages.

La troisième indication est l'existence d'avortements spontanés, de grossesses extra-utérines, de morts fœtales à répétition, ou d'échecs répétés de fécondation *in vitro*. Enfin, il peut arriver que la grossesse mette en jeu la vie de la mère, ce qui est devenu exceptionnel (hypertension artérielle grave, diabète avec rétinopathie, insuffisance rénale sévère, entre autres).

Cette infertilité d'origine utérine est perçue par les femmes non

seulement comme une souffrance, mais comme une injustice. D'une part parce que leur fonction ovarienne étant le plus souvent normale, ces jeunes femmes peuvent concevoir et ne se considèrent pas comme stériles. D'autre part parce que la stérilité d'origine utérine reste la seule forme de stérilité véritablement irrémédiable à ce jour en France. Ni la transplantation d'utérus ni la reconstruction d'un utérus à partir de cellules souches ou de fragments tissulaires ne peuvent actuellement être envisagées. Indépendamment des questions éthiques, la transplantation pose des questions médicales qui ne sont pas résolues concernant les modalités de préservation de l'organe et sa résistance à l'ischémie, la technique chirurgicale et la vascularisation de l'utérus greffé en cas de grossesse, les risques obstétricaux et la toxicité éventuelle pour l'enfant des traitements immunosuppresseurs qui devraient être utilisés. Une seule transplantation d'utérus entreprise dans l'espèce humaine a été rapportée dans la littérature. Elle a été réalisée en Arabie Saoudite et s'est terminée par une hystérectomie.

L'adoption, qui semble à beaucoup comme étant la meilleure solution, reste difficile en France, d'autant plus que le couple est âgé. La demande annuelle d'adoption est de l'ordre de vingt-huit mille et seulement quatre mille enfants sont adoptés. L'adoption internationale n'est pas un succès, et le risque d'adopter des enfants « à particularités » (enfants malades, handicapés ou malformés) existe. Par ailleurs on doit remarquer que, dans la GPA, le couple a un enfant porteur de ses propres gènes.

### **Des résultats a priori rassurants...**

Les résultats proviennent de la littérature étrangère. Ils donnent une orientation. Aux Etats-Unis, bien que ce pays se soit engagé dans cette pratique depuis une

*Devant un grand prématuré ou lors d'une souffrance foetale, qui décidera du bien-fondé ou de l'arrêt éventuels de la réanimation ? Si l'échographie révèle une malformation, qui prendra la décision d'interrompre la grossesse ou de la laisser se poursuivre ?*

trentaine d'années, les données publiées concernant les aspects médicaux et psychosociaux sont, dans l'ensemble, insuffisamment documentées, carence qui trouve son explication dans le dessaisissement du corps médical au profit d'agences privées gérant ces activités d'une manière commerciale. On dispose cependant de quelques séries d'une centaine de cas et d'une synthèse de vingt-sept études publiées de 1983 à 2003. Ce dernier travail souligne l'impossibilité de trouver une seule étude sur le développement psychologique et social des enfants ainsi conçus.

Au Royaume-Uni, la situation est différente. Le travail le plus intéressant provient d'une équipe de psychologues qui a entrepris le suivi d'une cohorte, analysant et comparant, avec une méthodologie rigoureuse, le comportement et les rapports entre les différents participants, d'une part de trois groupes où la procréation est artificielle (don de sperme, don d'ovocyte, don d'embryon), d'autre part d'un quatrième groupe où la procréation est naturelle. Sous réserve que ces travaux découlent d'une auto-évaluation de personnes volontaires, les données semblent rassurantes. Le recul est désormais de sept ans.

Les gestatrices qui ne sont ni les mères génétiques ni les mères sociales de l'enfant ne semblent pas éprouver de souffrance psychologique particulière un an après la naissance de l'enfant. Qu'elles soient animées par un désir altruiste, qu'elles ressentent un bien-être à être enceintes ou qu'elles aient des besoins d'argent, le processus mental est différent. Elles ne se ressentent pas mères des enfants qu'elles portent pour une autre et n'ont aucun projet parental.

Les enfants ainsi nés ne semblent pas avoir plus de risques psychiques que dans les autres formes de procréation médicalement assistée. Ils seraient même mieux équilibrés que les enfants conçus

naturellement car très fortement désirés dès leur conception et plus entourés par leurs parents, sollicitude qui, à l'inverse, peut être préjudiciable à l'enfant du fait d'un « surinvestissement ». Ces enfants ont l'avantage sur les enfants adoptés d'être à la fois les enfants génétiques et affectifs du couple d'intention, en l'absence de tout don d'ovocyte bien entendu. De plus, il semblerait plus facile de leur annoncer la manière dont ils ont été conçus que dans les autres modes de procréation médicalement assistée.

Les couples d'intention qui ont l'avantage sur ceux bénéficiant d'une adoption de répondre à deux des niveaux de filiation – le biologique et l'affectif –, semblent, dans l'ensemble, satisfaits de la solution. Les relations avec la gestatrice seraient souvent satisfaisantes. Cette dernière est présentée comme une « nounou » ou comme une « marraine », et la plupart des couples conservent des contacts épisodiques avec elle, contacts qui s'espaceraient habituellement au fil du temps.

### **Mais les risques de complications existent**

Pour la gestatrice, ce sont des risques physiques et psychiques. Dans la GPA, du fait que la gestatrice est jeune et a des antécédents de parturition normale, les complications devraient être limitées. Ces conditions favorables n'excluent cependant pas la possibilité de complications physiques : grossesse extra-utérine, poussée hypertensive, hémorragie de la délivrance, césarienne, d'autant plus qu'en cas de GPA, il est habituel, pour assurer le succès, de transférer plusieurs embryons, ce qui induit des grossesses multiples.

D'autres risques sont psychologiques. Les sentiments de la gestatrice à l'égard de l'enfant qu'elle sent remuer, qu'elle peut voir à l'échographie, dont elle entend le cœur, peuvent évoluer au cours de la grossesse, évolution



© DR

qu'il est difficile de prévoir. Peuvent se manifester alors chagrin et dépression après la naissance et décompensation psychologique sévère. La séparation sera d'autant plus pénible que le comportement du couple d'intention sera désagréable. En outre, lorsque la motivation répond à un désir de réparation, le risque de voir réapparaître une culpabilité enfouie n'est pas exclu. D'où l'importance d'un examen psychologique particulièrement attentif de la gestatrice, de ses antécédents personnels et familiaux, et de ses motivations.

Pour l'enfant, les risques sont plus psychiques que physiques. La gestatrice devant être multipare, jeune, en bonne santé, indemne de toute pathologie chronique et de tout antécédent pathologique, les accidents devraient être rares, d'autant que celle-ci s'engagera par contrat à ne pas boire d'alcool et à ne pas fumer et que la surveillance de la grossesse sera stricte. On ne peut écarter cependant le risque de prématurité, de retard de croissance *in utero*, de souffrance fœtale survenant au cours du travail ou lors de l'accouchement à la suite d'une dystocie mécanique ou dynamique, d'une procidence ou d'un circulaire du cordon, d'une pathologie quelconque liée à une infection bactérienne, virale ou parasitaire au cours de la grossesse.

Par ailleurs, l'état de la mère au cours de la grossesse (stress, dénutrition) peut retentir sur l'avenir de l'enfant, son comportement, son développement. Une dénutrition

de la mère provoquant un retard de croissance *in utero* peut favoriser l'apparition ultérieure de troubles métaboliques et cardiaques chez l'adulte mâle. Des stress répétés de la rate gravide ou l'administration d'adrénaline entraînent une difficulté d'apprentissage et des troubles du comportement chez les rats. Chez la souris, la sécrétion de sérotonine maternelle serait nécessaire au développement normal du cerveau de l'embryon et en contrôlerait la morphogénèse.

Les risques psychologiques peuvent provenir de la coupure radicale avec ce que le fœtus a connu au cours de sa vie intra-utérine. Séparé de la femme qui l'a porté, les perceptions postnatales de l'enfant sont différentes de ce qu'il a pu mémoriser dans l'utérus, qu'il s'agisse de la voix de la gestatrice ou des goûts imprégnant le liquide amniotique. Un dialogue subtil, très élaboré mais encore mal connu, se produit entre mère et enfant par l'intermédiaire du placenta. Il est donc difficile de nier l'importance des acquis prénataux et des liens qui peuvent se tisser entre la mère et son enfant.

Cependant, on peut objecter d'une part que les réactions à la voix maternelle s'atténuent en quelques jours et qu'une période de développement du cerveau avec un enrichissement synaptique considérable se produit entre la naissance et l'âge de deux ans, d'autre part que l'environnement joue un rôle très important dans l'établissement de la fonction

***Un dialogue subtil, très élaboré mais encore mal connu, se produit entre mère et enfant par l'intermédiaire du placenta. Il est donc difficile de nier l'importance des acquis prénataux.***

synaptique, enfin que les enfants adoptés, dans la majorité des cas, sont équilibrés, même si subsiste chez certains d'entre eux une fragilité psychologique. A l'adolescence, l'enfant issu d'une GPA peut souffrir « d'avoir été donné ». L'accueil des parents d'intention, incapables de jouer pleinement leur rôle, peut aussi être mauvais. Certaines mères d'intention ont eu à faire face à un passé difficile, susceptible de laisser des traces psychologiques profondes, d'où la possibilité d'une réactivation d'un traumatisme psychique défavorable à l'accueil de l'enfant.

### **D'inévitables cas sensibles et litigieux**

En cas de grossesses multiples, si une réduction embryonnaire est envisagée, qui prendra la décision ? La gestatrice ou les parents d'intention ? Devant un grand prématuré ou lors d'une souffrance fœtale, qui décidera du bien-fondé ou de l'arrêt éventuels de la réanimation ? Si l'échographie révèle une malformation, qui prendra la décision d'interrompre la grossesse ou de la laisser se poursuivre ? Dans tous ces cas litigieux et très sensibles, la formulation de la législation retenue, anglaise ou grecque, ou les termes du contrat conclu, confiant la responsabilité de la décision, soit à la gestatrice (législation anglaise), soit au couple d'intention (législation grecque), est fondamentale. Dans le rapport du Sénat, il est écrit : « *Il appartiendrait à la gestatrice, et à elle seule, de prendre les décisions afférentes au déroulement de la grossesse, notamment de demander son interruption* », sans qu'en soient précisées les circonstances. Peut-on humainement imposer au couple d'intention d'élever un enfant gravement malformé ou trisomique ? La gestatrice pourra-t-elle imposer une interruption de grossesse alors que l'enfant est opérable à la naissance ? A tout le moins, ces événements doivent être clairement exposés aux divers intervenants, les



# Décloisonnons le débat sur la GPA

**La réflexion autour de la question de la gestation pour autrui ne peut faire l'économie d'une étude sur les représentations pesant sur la maternité. Celles-ci sont, en France, parfois discutables, laissant peu d'ouverture aux expériences de pays voisins.**

Laure CAMBORIEUX, présidente de l'association Maia

L'association Maia a été fondée en 2001, lorsque je me suis aperçue que la question de la gestation pour autrui (GPA) avait été évacuée de la révision des lois sur la bioéthique<sup>(1)</sup>, sans aucun débat : cette pratique légale chez nos voisins ne méritait aucune discussion, sous prétexte qu'il s'agissait « d'une demande des transsexuels ou d'homosexuels ». Le législateur oubliait à bon compte les couples infertiles qui pouvaient être concernés, et montrait dans le même temps sa mauvaise foi : des pratiques comme le don de sperme ou l'adoption sont aussi l'objet de revendications des homosexuels et, à notre connaissance, elles ne sont pas visées d'interdiction ! Aujourd'hui, l'association Maia est essentiellement une association de soutien et d'accompagnement des couples infertiles : information, lieu de partage et d'écoute, de réflexion sur la parentalité, Maia a largement dépassé sa seule action législative.

La gestation pour autrui pose de

nombreuses questions mais nous avons aujourd'hui de nombreux moyens d'y répondre : grâce à l'expérience de nombreux pays qui ont légalisé la pratique, aux données scientifiques, à notre pratique associative qui renseigne sur la réalité de terrain et, enfin, au savoir-faire éthique de la France et aux choix qui ont été faits il y a plusieurs années. C'est aussi au regard de ces choix qu'il faut penser la GPA.

Réfléchir à la GPA suppose d'en clarifier les termes car des pratiques très différentes d'un pays à l'autre coexistent et le débat ne saurait se nourrir d'amalgames douteux.

La GPA désigne le fait, pour une femme, de porter et mettre au monde un enfant qui sera élevé par ses parents intentionnels. Cela concerne des couples pour lesquels la grossesse est médicalement impossible. Avec trois cas possibles :

- l'enfant est conçu à partir des gamètes du couple intentionnel, la gestatrice assumant la grossesse. C'est le cas le plus fréquent ;

solutions nettement codifiées et un consentement libre et éclairé dûment recueilli avant le début de la grossesse.

Autre situation complexe, la gestatrice ou le couple d'intention peuvent refuser l'enfant à la naissance. À peine né, il risque de ne plus être l'enfant de personne. Sans parler du divorce, de la séparation ou du décès accidentel des parents d'intention. Deux cas particuliers doivent être évoqués. Si la gestatrice est aussi la mère biologique, elle peut se sentir coupable d'abandonner son enfant et refuser de le remettre à la naissance. Les relations avec le père d'intention peuvent être ambiguës. Si la gestatrice est choisie dans la famille, un brouillage des repères généalogiques et des conflits familiaux peut se produire.

Comment a réagi l'Académie nationale de médecine, face à ces divers arguments ? Cette dernière s'est finalement prononcée, en séance plénière, le 10 mars 2009, par quarante-trois voix sur quatre-vingt votants, contre la GPA. Cependant, le groupe de travail créé au sein de l'Académie avait considéré que si celle-ci devait donner tous les éléments objectifs pour prendre une décision, cette décision était de la seule responsabilité du législateur. En cas d'ouverture législative, le groupe de travail insistait sur l'absolue nécessité d'une phase d'évaluation strictement encadrée assurant une analyse objective et contradictoire des données recueillies. Il faisait remarquer que l'observation d'une telle règle de prudence impliquerait en corollaire que l'ouverture législative ne soit que dérogatoire, conditionnelle et temporaire. Une telle démarche pourrait s'inspirer des dispositions de la loi de bioéthique de 2004 concernant la recherche sur l'embryon qui, tout en maintenant le principe de l'interdiction, a admis par dérogation la possibilité de recherches soumises à un encadrement très strict. Mais le groupe de travail n'a pas été suivi. ●

*Le groupe de travail créé au sein de l'Académie nationale de médecine avait considéré que si celle-ci devait donner tous les éléments objectifs pour prendre une décision, cette décision était de la seule responsabilité du législateur. Mais le groupe de travail n'a pas été suivi...*