

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNÉE 2012

MEMOIRE N°

LA GESTATION POUR AUTRUI : LES REPRESENTATIONS ETHIQUES DES
PROFESSIONNELS DE SANTE DES CENTRES D'AMP

MÉMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

présenté et soutenu publiquement

le 14 mai 2012

par

Cécile ADAM

Née le 26 mars 1988, à Limoges

Mme. ROUMIGUIERES JulieDirecteur du mémoire
M. FOURGEAUD VincentGuidant du mémoire

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à :

Monsieur FOURGEAUD Vincent, sage-femme enseignant, pour m'avoir accompagnée, soutenue, encouragée et conseillée dans la réalisation de ce travail,

Madame ROUMIGUIERES Julie, sage-femme en AMP au C.H.R.U. de Limoges, pour son aide et son accompagnement,

Monsieur GENTIL Eric, psychologue social, université de Bourgogne, pour son aide méthodologique,

Ma famille et mes amies pour leur présence et leur soutien inconditionnel durant ces cinq années.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. LES DEFINITIONS

1.1 La gestation pour autrui

1.2 L'assistance médicale à la procréation

2. LES DIFFERENTS ASPECTS LEGISLATIFS DE LA GESTATION POUR AUTRUI

2.1 La situation extra européenne

2.2 La situation des états européens voisins

2.3 La France

3. LES DIFFERENTS POINTS DU VUE ETHIQUES

3.1 L'argument de chosification de la femme

3.2 L'argument de l'aliénation de la femme et des fœtus

3.3 L'argument de l'exploitation de la femme

3.4 Autour du principe législatif de l'indisponibilité du corps humain et de l'indisponibilité de l'état des personnes

3.5 La dignité du corps de la femme

3.6 Concernant l'enfant issu d'une GPA

4. L'ETUDE DEJA REALISEE EN FRANCE

4.1 Le regard des professionnels de l'obstétrique sur la gestation pour autrui (45)

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

1. OBJET DE L'ETUDE

1.1 Constat

1.2 Problématique

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1 Objectifs et hypothèses

2.2 Intérêt de l'étude

3. SCHEMA D'ETUDE

- 3.1 Type d'étude
- 3.2 Définition de la population source
- 3.3 Définition des variables
- 3.4 Les biais de l'étude
- 3.5 Stratégie d'exploitation
- 3.6 Le questionnaire

4. LES REPRESENTATIONS SOCIALES (46)

TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS DE L'ETUDE

1. ETUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION GENERALE

- 1.1 Représentation du sexe dans la population générale
- 1.2 Répartition des professionnels médicaux travaillant en AMP puis ayant répondu à notre étude
- 1.3 Age des professionnels médicaux travaillant en AMP
- 1.4 Ancienneté absolue des professionnels médicaux travaillant en AMP
- 1.5 L'ancienneté en AMP des professionnels médicaux

2. POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS SUR LA LEGALISATION OU NON DE LA GPA

3. REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS MEDICAUX DES CENTRES D'AMP SUR LA GPA

- 3.1 Concernant la population favorable
- 3.2 Concernant la population défavorable

4. REPRESENTATIONS ETHIQUES DE LA GPA DES PROFESSIONNELS MEDICAUX DES CENTRES D'AMP

- 4.1 Concernant la population favorable
- 4.2 Concernant la population défavorable

5. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS MEDICAUX D'AMP SUR L'ORIENTATION DES COUPLES DEMANDEURS D'UNE GPA

- 5.1 Etude des informations données sur la GPA par les professionnels d'AMP
- 5.2 Explication sur les modalités de filiation d'un enfant né par GPA
(Concerne uniquement les professionnels ayant donné des conseils sur la réalisation d'une GPA à l'étranger)
- 5.3 Pratique d'orientation des couples demandeurs d'une GPA selon la profession exercée
- 5.4 Avis des professionnels sur le fait d'apparenter la GPA à un don

5.5 Distribution géographique des centres d'AMP selon le positionnement favorable ou défavorable

6. VARIABLES AYANT UN LIEN GENERAL AVEC LE POSITIONNEMENT EN FAVEUR OU NON DE LA GPA

6.1 Concernant la population favorable

6.2 Concernant la population défavorable

QUATRIEME PARTIE : L'ANALYSE ET LA DISCUSSION

1. CONCERNANT LA POPULATION ETUDIEE

2. VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

2.1 Hypothèse principale

2.2 Hypothèse secondaire

3. REFLEXIONS

3.1 Place des sages femmes

3.2 Entre Don et GPA

3.3 Effet du sexe du professionnel sur la GPA

3.4 Lien entre la situation géographique du centre d'AMP et nos variables

3.5 Hypothèse sur l'attitude comportementale en fonction du positionnement sur la GPA

3.6 Points faibles de l'étude

3.7 Points forts de l'étude

CONCLUSION

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

REFERENCES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

La GPA (Gestation Pour Autrui) constitue probablement une pratique séculaire permettant de remédier à l'infertilité d'une femme. Elle a longtemps été pratiquée dans le secret des familles, et donc longtemps tolérée. Cependant l'adage « *Mater semper certa est* » (à la différence du père, la mère est toujours certaine) a toujours été remis en cause. (1)

Un des mythes fondateurs et encadrant la culture Occidentale, la Bible, évoque à plusieurs reprises la grossesse et la maternité pour autrui : Sarah, épouse d'Abraham, était stérile et proposa à son mari d'avoir des rapports avec sa servante Agar qui donna naissance à Ismaël, enfant de Sarah et d'Abraham. Agar fait ainsi émerger la notion de mère porteuse. (1 ; 2)

Du temps a passé et les premières initiatives organisées de GPA sont apparues en France dans les années 1980, époque où l'on ne pratiquait pas la fécondation in vitro. Depuis, la GPA est une pratique strictement prohibée en France et d'autres pays occidentaux. La pratique de la GPA est passible de sanctions à la fois civiles et pénales. (3)

Malgré cette interdiction, des couples ont cependant recours à ces pratiques, soit clandestinement dans nos frontières, soit dans des pays autorisant et encadrant législativement la GPA. Des associations (4) ont alors vu le jour avec pour objectif d'aider et d'orienter ces couples vers des pays où des femmes proposent leur service.

Mais le problème de la filiation de l'enfant reste entier.

Dans un contexte d'ouverture des frontières, certains pensent qu'il faut faire évoluer la législation, et uniformiser les possibilités de réalisation d'une GPA avec les pays limitrophes au notre.

Mais en amont sur le terrain, il s'agit bien des professionnels médicaux exerçant dans les centres d'AMP (Assistance Médicale à la Procréation) qui sont les premiers concernés de part leur confrontation quotidienne à l'infertilité de couples.

Quelles sont alors leurs représentations sur la GPA dans ce contexte ?

Notre étude aura ainsi pour objectif de réaliser un état des lieux des représentations éthiques des professionnels de santé d'AMP sur la GPA, dans un contexte actuel de débat sur la modification des lois de bioéthique.

Notre mémoire est composé de quatre parties. Dans un premier moment, des définitions ainsi que les différents aspects législatifs et éthiques de la GPA seront abordés. Ensuite dans un deuxième temps, nous verrons le protocole de recherche qui comporte la justification de l'étude ainsi que la méthodologie. L'étude se poursuivra avec l'exposé des résultats en troisième partie. Et pour finir, nous aborderons l'analyse de l'étude.

Les résultats seront utilisés pour répondre aux hypothèses de recherche. Une discussion pourra être entreprise en triangulant les représentations des professionnels et leurs pratiques.

PREMIERE PARTIE

1. LES DEFINITIONS

1.1 La gestation pour autrui

La notion de GPA est le fait, pour une femme, de porter en elle un ou plusieurs enfants conçus dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation (AMP) en vue de les remettre, à leur naissance, à un couple demandeur, qui a fondé le projet parental. (5)

Il existe différentes formes de GPA qui recouvrent des situations variées (6 ; 7 ; 8) :

- le cas où les deux parents intentionnels de l'enfant seront également les parents génétiques. La GPA sera alors le fait d'implanter dans l'utérus d'une femme, désignée sous le nom de « *mère porteuse* » ou de « gestatrice », un embryon. Celui-ci est issu de la fécondation in vitro d'un ovocyte d'une femme n'ayant pas d'utérus ou pas d'utérus fonctionnel par un spermatozoïde de son conjoint.
- le cas où seulement le père du couple intentionnel aura un lien génétique avec l'enfant. La gestatrice accouche d'un enfant, soit conçu par insémination artificielle avec son propre ovocyte, soit conçu in vitro avec l'ovocyte d'une donneuse, et le sperme du père intentionnel.
- le cas où seulement la mère du couple intentionnel aura un lien génétique avec l'enfant. Classiquement la gestatrice portera un enfant conçu par fécondation in vitro par les ovocytes de la mère intentionnelle et du sperme d'un donneur. C'est une situation qui est très rare.

- la quatrième situation, très rare également, est le cas où aucun des deux parents intentionnels n'a de lien génétique avec l'enfant. C'est-à-dire que la gestatrice accouchera d'un enfant conçu, par fécondation in vitro, soit avec ses propres ovocytes et du sperme d'un donneur, soit avec des ovocytes et du sperme venant de donneurs.

On distingue ainsi la procréation pour autrui de la gestation pour autrui : dans le premier cas, la femme qui porte l'enfant est sa mère génétique ; dans le second, elle n'en est que la gestatrice, l'enfant ayant été conçu avec les gamètes du couple demandeur ou de tiers donneurs. Telle est la raison pour laquelle les expressions génériques « *maternité pour autrui* » et « *maternité de substitution* » sont souvent employées. (1)

Au niveau législatif, mais également d'un point de vue éthique, on distingue également deux autres formes de gestation pour autrui :

- la GPA « *altruiste* » où seuls les frais liés à la grossesse sont remboursés par les parents intentionnels. Elle se déroulerait plutôt entre proches (famille, amis...) et, est généralement appréhendée avec bienveillance car elle évoque la générosité, le don de soi, l'abnégation. En se déroulant entre proches, elle présente moins de risques, a priori, d'exploitation financière de la femme. De fait, la GPA « *altruiste* » est plus facilement admise par les législations favorables à la GPA. (9)
- la GPA « *mercantile* » où la gestatrice reçoit, en plus du remboursement des frais, une compensation financière au titre de la peine, de la douleur, du temps passé pour la grossesse. Elle fait souvent l'objet d'un rejet violent dans l'opinion publique, les termes employés étant souvent dégradants : « *vente/achat d'enfant* », « *location d'utérus* », « *ventre à louer* ». Certains l'amalgament à la « *prostitution* ». (9)

Au-delà de ces premiers constats et de part les techniques utilisées, on pourrait envisager que la gestation pour autrui devienne véritablement une technique d'AMP.

1.2 L'assistance médicale à la procréation

L'assistance médicale à la procréation (AMP) consiste à reproduire en laboratoire une partie des processus naturels de la fécondation et du développement embryonnaire précoce. Elle se décrit par les 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 (10). Elle constitue des solutions palliatives permettant de remédier à certains problèmes d'infertilité. (11)

L'AMP a donc ainsi pour un de ses objectifs de tenter de remédier à l'infertilité des couples. En France, un couple sur six est atteint d'infertilité. Celle-ci est caractérisée par une difficulté ou incapacité à concevoir un enfant. Elle met en cause la qualité des filières génitales (col, utérus, trompes, testicules...) et/ou des gamètes (spermatozoïdes en trop petite quantité ou dépourvus de pouvoir fécondant, ovulation rare, incapacité des gamètes à fusionner...) ainsi que des problèmes psychologiques à concevoir un enfant ou à avoir un rapport sexuel adéquat. (12)

L'AMP regroupe toutes les techniques d'aide à la procréation ayant recours à la manipulation de gamètes pour faciliter la rencontre entre spermatozoïdes et ovocytes en vue d'une fécondation. Il convient de distinguer trois cas de figure (13) :

- l'AMP intraconjugale qui est le traitement palliatif de l'infécondité du couple,

- l'AMP avec tiers donneur, qui est une alternative à la stérilité d'un des conjoints (exemple des pathologies cancéreuses) ou à un risque majeur de transmission d'une maladie héréditaire grave (trisomie, syndrome de Turner...),
- l'AMP avec autoconservation, en cas de traitements stérilisants. Il est maintenant possible, chez l'homme ainsi que chez la femme, de recueillir le sperme ou de prélever du tissu ovarien afin de le conserver par une méthode de congélation. Cette pratique est réalisée chez les personnes devant subir un traitement stérilisant par exemple.

Malgré les nombreux progrès médicaux, l'AMP ne parvient pas encore à remédier à l'infertilité de tous les couples. Ce taux d'infertilité non résolu varie entre les différents pays du monde, et ceux en fonction de la légalisation de la GPA ou non dans ces pays, et donc en fonction de la considération de la GPA comme un technique d'AMP ou non.

En France, l'impossibilité de développer une gestation pour des raisons médicales telles qu'une absence, une malformation ou des lésions de l'utérus, constitue la seule forme d'infertilité féminine à laquelle la loi interdit actuellement de remédier.

Nous constatons que la maternité pour autrui pourrait tout à fait s'inscrire littéralement dans ce cadre. (10)

Dès lors, nous pouvons nous intéresser aux différents aspects législatifs de la GPA dans le monde.

2. LES DIFFERENTS ASPECTS LEGISLATIFS DE LA GESTATION POUR AUTRUI

Face au progrès médical et notamment s'agissant de la gestation pour autrui, tous les pays n'ont pas réagi de la même façon. Certaines législations, sont restées silencieuses, laissant à la pratique et à la déontologie le soin d'encadrer la procréation médicalement assistée. D'autres ont fait le choix du libéralisme. D'autres ont une attitude prudente, voire de défiance.

2.1 La situation extra européenne

2.1.1 L'Amérique (15)

2.1.1.1 L'aspect législatif

Aux Etats-Unis, la GPA ne fait l'objet d'aucune législation fédérale, si bien que chaque état applique ses propres règles.

Ainsi, une minorité d'états (au nombre de 12) autorisent la GPA, mais parmi eux, beaucoup interdisent la rémunération de la mère porteuse : exemple de l'Alabama, de l'Alaska, l'Arkansas, la Californie, l'Idaho. Une poignée l'interdisent : exemple le Michigan, New York.

Dans l'Illinois par exemple, la loi relative à la gestation pour autrui, prévoit que la mère porteuse doit avoir au moins 21 ans, avoir déjà donné naissance à un enfant, avoir subi un examen médical et être titulaire d'un contrat d'assurance santé qui couvre les principaux frais médicaux et hospitaliers.

De leur côté, les parents commanditaires doivent avoir fourni au moins un des gamètes ayant permis la formation de l'embryon et prouver que la

gestation pour autrui constitue une nécessité, l'attestation médicale devant être annexée au contrat de gestation pour autrui.

En outre, les deux parties doivent avoir subi un bilan psychologique et bénéficié d'une consultation juridique portant sur les termes du contrat de gestation pour autrui et ses conséquences juridiques possibles.

Cette loi prévoit également que le contrat de gestation pour autrui doit, avant le commencement de toute procédure médicale, être conclu par écrit et attesté par deux témoins, chaque partie étant représentée par un conseiller juridique indépendant.

Par ailleurs, l'éventuelle compensation financière attribuée à la mère porteuse doit être remise à un tiers indépendant, également avant que tout acte médical soit entrepris.

La loi dresse aussi la liste des engagements de chacune des parties. La mère porteuse devant en particulier confier l'enfant aux parents commanditaires immédiatement après la naissance et ceux-ci devant en accepter la garde.

Par ailleurs, certains états déclarent les contrats de gestation pour autrui nuls, tandis que d'autres érigent la gestation pour autrui à titre onéreux en infraction pénale. Les peines applicables diffèrent selon les états.

Au total dans les états fédérés, les dispositions législatives sont extrêmement variées et la situation juridique est parfois incertaine.

2.1.1.2 En ce qui concerne l'établissement de la filiation

Certains États, ne légalisant pas la GPA mais qui reconnaissent la validité des contrats de gestation pour autrui ont prévu des dispositifs visant à faciliter l'établissement de la filiation des enfants nés d'une gestation pour autrui. Ils évitent ainsi le recours à une procédure d'adoption lorsque les parents commanditaires ont un lien génétique avec l'enfant.

Ainsi, en Arkansas, les parents commanditaires peuvent, après la naissance, obtenir une décision judiciaire permettant l'établissement d'un nouvel acte de naissance qui se substitue à celui établi après l'accouchement et mentionne la mère porteuse comme mère légitime.

Au Texas, le nom des parents commanditaires peut être mentionné sur l'acte de naissance initial, à condition qu'ils aient obtenu l'accord d'un juge avant la naissance.

Dans d'autres États, l'acte de naissance n'est établi qu'après l'écoulement d'un certain délai après la naissance. Selon les cas, ce délai permet à la mère porteuse de se rétracter ou à un juge de confirmer la filiation.

Il semble définitivement que l'Illinois soit l'un des États les plus libéraux en la matière, puisqu'il dispense les parents commanditaires de saisir la justice pour obtenir la correction de l'acte de naissance. En effet, si la procédure prévue par la loi est respectée, les noms des parents commanditaires sont portés sur l'acte de naissance d'origine, et non ceux de la mère porteuse et/ou de son éventuel conjoint. Les tribunaux ont progressivement admis que les

parents commanditaires peuvent, s'ils sont les parents génétiques de l'enfant à naître, obtenir avant la naissance une décision judiciaire leur attribuant la filiation. Ils peuvent en effet, par une procédure à laquelle la mère porteuse et son éventuel conjoint doivent consentir, demander au tribunal de rendre, avant la naissance, une décision selon laquelle :

- les parents commanditaires sont les parents légaux de l'enfant et ont le droit de lui donner un prénom ;
- la mère porteuse et son conjoint n'ont aucun droit à l'égard de l'enfant.

On peut donc déjà dire qu'au sein des états où la GPA est autorisée, la diversité de procédures visant à la filiation est très polymorphe.

2.1.2 En Asie

2.1.2.1 En Inde (16)

Dans ce pays, c'est la pauvreté qui pousse les femmes à accepter de devenir mères porteuses pour des motifs financiers. Elles mettent des annonces sur les murs et dans les journaux. Souvent, les associations rapportent qu'elles sont obligées de faire cela pour permettre à leurs familles de survivre. Cependant, dans ce pays, l'aspect législatif de la GPA n'est abordé dans aucun document officiel.

2.1.2.2 En Ukraine (16)

Ici, la cause principale de la pratique de la gestation pour autrui est un problème d'infertilité liée à la catastrophe de Tchernobyl. L'état Ukrainien

légalise toutes les formes d'aide à la procréation pour permettre aux familles ukrainiennes de satisfaire leur désir d'enfant.

Dans ce pays, "Le Centre International de Maternité de substitution" est la plus grande organisation proposant ces types de prestations. Cependant, en Ukraine la mère est seule face aux conséquences médicales de la GPA qu'elle porte. Ce défaut d'assurance est de plus associé à une rémunération de la prestation plus faible que dans la plupart des pays légalisant cette pratique.

2.1.2.3 La Russie (17 ; 18)

La Russie est l'un des rares grands pays où la maternité de substitution est autorisée par la loi. Les aspects juridiques de la maternité de substitution est régie à la fois par le code de la famille, par les bases de la législation sur les soins de santé.

Il faut noter que la législation russe actuelle est l'une des plus libérales dans le monde pour l'utilisation des techniques d'AMP. Ainsi, en Russie, une femme seule ou mariée avec son consentement et le consentement de son conjoint (en cas de lien marital), peut réaliser une procédure :

- soit d'insémination artificielle
- soit d'implantation des embryons dans les établissements de santé autorisés.

La femme doit seulement se présenter comme une future mère porteuse ou une femme désirant devenir mère.

Le principal problème législatif est que la mère porteuse après l'accouchement peut changer d'avis et ne pas donner le consentement par écrit confirmant que les parents intentionnels sont les parents biologiques de l'enfant. Elle peut décider de garder l'enfant. Cette possibilité est inscrite dans le code de la famille.

Les seules prérogatives demandées aux mères porteuses sont :

- d'être âgées de 20 à 35 ans,
- d'avoir leurs propres enfants qui doivent être en bonne santé,
- d'être en bonne santé mentale et somatique par certificat médical.

Il est important de noter que la Russie est également l'un des rares pays du monde autorisant la gestation pour autrui à titre onéreux. La réalisation de la GPA se développe aujourd'hui également dans d'autres Etats de l'ex-Union soviétique comme la Géorgie, la Biélorussie et le Kazakhstan.

2.1.3 L'Afrique du Sud (19)

En Afrique du Sud, il est désormais interdit de débiter un processus de grossesse de substitution sans l'autorisation de la Haute Cour de justice. Les accords de GPA sont juridiquement très contraignants et donc longs dans le temps.

En cas d'autorisation, de nombreux critères et dispositions doivent être rassemblés dans les accords de substitution :

- le contrat (accord de substitution) doit être signé par toutes les parties : les deux parents d'intention, la mère porteuse et son partenaire éventuel,
- les parents d'intentions doivent fournir la preuve médicale que la mère est dans l'incapacité de porter elle-même,
- le couple intentionnel doit fournir ses propres gamètes pour la conception de l'enfant in vitro, c'est-à-dire qu'ils doivent impérativement être les parents génétiques de l'enfant,
- dans le cas contraire, les parents intentionnels doivent fournir la preuve de leur incapacité à fournir leurs propres gamètes, tout en obligeant qu'un gamète des deux parents intentionnels doit être utilisé,
- il ne doit exister aucun échange d'argent entre le couple intentionnel et la gestatrice ou son partenaire, à l'exception des frais médicaux engendrés par la grossesse ou la perte de revenu que peut entraîner l'état de grossesse.

2.2 La situation des états européens voisins

Au niveau de l'Union Européenne, le conseil de l'Europe a examiné en commission du 16 Septembre 2005, un rapport du parlementaire Michael Hancock (rapporteur britannique) qui préconise une dépénalisation de la GPA. Ce dernier souhaitait qu'un débat s'engage sur les « *mères pour autrui* » dans tous les pays Européens. Il estime que ces pratiques sont légitimes dès lors qu'elles respectent l'intérêt du couple, de l'enfant à naître et de la gestatrice. Ce rapport incite à mettre en place des mesures pour une protection et un

suivi de la mère biologique, une adaptation des législations civiles et sociales et une réflexion sur le droit de l'enfant à connaître ses origines. (20)

Des parlementaires, parmi lesquels plusieurs membres de la Commission nationale pour la reproduction médicalement assistée, préconisent la légalisation de la gestation pour autrui pour les femmes ayant des raisons physiologiques qui les empêchent de porter des enfants. (15)

En attendant une harmonisation, qu'en est-il au sein de chaque état européen ?

2.2.1 Au Royaume-Uni (15 ; 21)

2.2.1.1 La législation en Grande-Bretagne

La législation anglaise sur les mères de substitution est passée d'une grande sévérité à une plus grande tolérance très rapidement. Tout d'abord, en 1984, le rapport de la commission d'enquête préconisait que tous les accords en vue d'une grossesse de substitution soient considérés comme illégaux.

Par la suite, Au Royaume-Uni, la GPA a été autorisée et encadrée par la loi « *The Surrogacy Arrangement Act* » dès 1985. Cette loi définit la mère de substitution comme la femme qui porte un enfant à la suite d'un accord conclu avant le début de la grossesse et qui a pour objet une remise de l'enfant à une ou plusieurs personnes appelées à exercer l'autorité parentale. De plus, elle autorise implicitement les conventions de GPA conclues à titre gratuit. Elle interdit aux intermédiaires de se faire rémunérer quel que soit le rôle qu'ils jouent. Les associations (les intermédiaires) ont pour objectifs : la mise en relation, le conseil, et la gestion des candidates. Cette loi du 16 juillet 1985

interdit également l'utilisation de publicité commerciale, sous peine de sanctions pénales.

Un projet de loi a été adopté en 1990 (Human Fertilization and Embryology Act) pour que ces associations puissent recevoir de l'argent en contrepartie de certaines prestations comme la prise de contact et la mise en relation afin de développer le système. Mais ces établissements doivent garder une vocation non lucrative.

Cette loi de 1990, qui a vraiment permis l'expansion des réalisations de gestation pour autrui les autorise mais à des conditions strictes :

- la GPA est autorisée, mais à la suite d'un accord conclu entre les deux parties avant le début de la grossesse,
- toute infraction encoure une peine de prison d'au plus trois mois et une amende dont le montant maximal s'élève à 5 000 euros.

L'échange d'argent pour une GPA est illégal. Cependant le dédommagement est accepté et correspond aux dépenses engagées pour la grossesse. Cette indemnisation doit être "raisonnable". Les sénateurs anglais estiment qu'il est très difficile de contrôler les affaires financières entre le couple intentionnel et la mère porteuse. En règle générale, les tribunaux ayant dû juger des affaires de GPA orientent le versement d'une somme comprise entre 7000 et 15000 euros pour cette prestation.

La loi anglaise distingue deux types de maternité de substitution: « *straight* » et « *host* ».

- « *Straight* », est l'utilisation d'ovocytes de mère porteuse et de sperme de père intentionnel. La fécondation se fait in vitro ou par

d'autres méthodes de fécondation artificielle. En conséquence, la mère de substitution est la mère biologique de l'enfant.

- dans « *host* », on utilise des ovocytes de la mère intentionnelle avec le sperme du père intentionnel, fécondés in vitro. Donc génétiquement, l'enfant n'a pas de lien avec la mère porteuse.

Il est important de savoir que les sélections de parents intentionnels et de mères-porteuses sont très réglementées. Il y a des critères pour la mère porteuse: l'âge, la bonne santé psychologique et physique, le fait d'avoir déjà des enfants. Avant le traitement médical, le dossier doit être analysé par une instance indépendante. Il peut être refusé.

La GPA est ensuite pratiquée dans des cliniques accréditées. Elles soumettent les dossiers concernant le couple intentionnel et la gestatrice à un comité d'éthique. Il contrôle la présence de tous les éléments pour l'établissement de la filiation. Si tout est conforme, le comité autorise la clinique à procéder à une gestation pour autrui.

2.2.1.2 La filiation de l'enfant

Concernant la filiation de l'enfant, une loi de 1990 prévoit que les parents commanditaires peuvent demander au tribunal une décision au terme de laquelle l'enfant est juridiquement le leur, mais selon certaines conditions :

- le couple doit être marié,
- sur le plan génétique, l'enfant est celui d'au moins un des deux membres du couple,
- la demande est faite dans les six mois qui suivent la naissance,

- au moins un des deux membres du couple est domicilié au Royaume-Uni,
- chacun des deux membres du couple a dépassé l'âge majeur de 18 ans,
- le domicile de l'enfant est le même que celui du couple,
- l'accord de la mère de substitution est donné plus de six semaines après la naissance,
- le couple commanditaire n'a pas rémunéré la mère de substitution, excepté le remboursement «raisonnable» des frais engagés par celle-ci pour mener à bien la grossesse.

Cette loi a donc été un grand changement car elle a permis aux parents commanditaires de demander au tribunal la reconnaissance juridique de l'enfant.

Cet article sur l'état civil de l'enfant a été mis en place pour éviter aux parents commanditaires d'avoir à adopter l'enfant. A la naissance, la mère gestatrice est déclarée mère légale de l'enfant. Alors elle dépose avec le père intentionnel une demande qui permet au père intentionnel d'être reconnu comme père légal. Après un délai de 6 semaines les parents intentionnels déposent une nouvelle demande qui permettra à la mère intentionnelle de devenir la mère légale. Les droits parentaux de la gestatrice sont alors annulés.

Malgré cela, il faut noter que la mère de substitution peut changer d'avis et garder l'enfant. Elle a un délai de six semaines après la naissance de l'enfant pour éventuellement modifier sa décision. Elle peut garder l'enfant et les parents intentionnels n'auront alors aucun droit sur cette décision.

2.2.2 En Belgique (15)

En Belgique, la GPA n'est pas interdite mais elle n'est mentionnée dans aucun texte législatif. Elle se pratique en dehors de tout cadre juridique.

Le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, dans un avis rendu en 2004, prône une régulation de la maternité pour autrui. Il propose l'établissement d'un règlement pour la pré-adoption dans laquelle la future mère porteuse se déclare prête à prendre en charge la grossesse au profit des parents demandeurs. Enfin, si le Comité se déclare opposé à la commercialisation du phénomène, il estime qu'on peut accepter une indemnité de compensation de la mère porteuse.

En pratique, plusieurs centres d'AMP réalisent des *fécondations in vitro* en rapport avec des gestations pour autrui. Il semble que ces opérations soient toujours entreprises en réponse à des problèmes médicaux, qui empêchent certaines femmes de porter un enfant ou de le concevoir. De plus, dans un centre hospitalier de Bruxelles, ce sont les parents commanditaires qui doivent présenter une mère porteuse, à laquelle ils sont liés par un rapport affectif (amie du couple, sœur ou belle-sœur de la mère génétique par exemple...).

En ce qui concerne la filiation de l'enfant, plusieurs cas de figure se présentent. En effet, la femme qui accouche d'un enfant est juridiquement considérée comme la mère, que celui-ci soit ou non issu de ses propres gamètes.

A ceci, il faut ajouter que :

- si la gestatrice n'est pas mariée, le père commanditaire peut reconnaître l'enfant, le cas échéant avec l'accord de son épouse. Celle-ci peut ensuite adopter l'enfant si la mère porteuse y consent. Il est également possible au couple commanditaire de demander une adoption conjointe.
- si la mère porteuse est mariée, c'est son conjoint qui est considéré comme le père de l'enfant. Le père commanditaire ne peut contester la paternité du conjoint de la mère porteuse que si la naissance résulte d'une AMP à laquelle ce dernier n'a pas donné son accord...

Il est actuellement débattu que le problème de filiation de ces enfants devrait être légiféré.

2.2.3 Au Danemark (15)

Au Danemark, la GPA est autorisée. Elle est évoquée dans plusieurs lois qui visent à empêcher sa réalisation à titre onéreux et à ne pas la favoriser.

En effet, trois lois régissent la GPA :

- une loi sur l'adoption, qui interdit toute forme d'entremise entre une mère porteuse et le couple intentionnel. Elle condamne également toute forme de médiation sur ce sujet,
- une loi sur l'AMP qui interdit qu'une femme qui a conclu une convention de gestation pour autrui, afin de mettre au monde un enfant pour le compte d'une autre personne, puisse bénéficier d'une assistance médicale à la procréation,

- et une loi sur l'enfant qui dit qu'une femme ne peut donc pas conclure un accord selon lequel elle s'engage à remettre l'enfant qu'elle porte.

En ce qui concerne la filiation, l'enfant qui naît est l'enfant de la femme qui l'a porté et de son conjoint, à moins que celui qui souhaite devenir père soit déclaré comme tel au moment de la naissance. La mère porteuse doit ensuite demander le transfert de l'autorité parentale au père, afin que l'épouse de ce dernier puisse demander l'adoption de l'enfant de son conjoint.

2.2.4 Aux Pays-Bas (15)

Aux Pays-Bas, la GPA est admise par le droit médical dans des conditions restrictives mais n'est pas reconnue par le droit civil. Le code pénal interdit seulement les conventions de GPA conclues à titre onéreux.

Sur le plan du droit médical, des directives très précises ont été détaillées par l'Association néerlandaise d'obstétrique et de gynécologie. Il faut en particulier que la GPA constitue la seule possibilité pour une femme de devenir mère.

Concernant la filiation de l'enfant, bien que le droit civil ignore la GPA, la procédure d'adoption a été assouplie. Cependant la mère porteuse peut toutefois prendre la décision de garder l'enfant qu'elle a mis au monde...

2.2.5 Allemagne (15)

La gestation pour autrui est officiellement interdite par la loi sur la médiation en matière d'adoption, ainsi que celle sur la protection de l'embryon.

Depuis 1989, la loi sur la médiation en matière d'adoption définit la « *mère de substitution* » comme la femme qui est prête soit à se soumettre à une insémination, naturelle ou artificielle, soit à accepter le transfert d'un embryon ne provenant pas de ses propres ovocytes, puis à remettre à autrui l'enfant qu'elle a porté.

Cette loi interdit aussi la mise en relation d'une mère porteuse avec des parents commanditaires ainsi que le fait de favoriser un tel rapprochement. Elle punit ainsi les intermédiaires. Concernant ces derniers, la sanction consiste en une amende ou en une peine de prison dont la durée maximale varie de : un an pour une médiation effectuée à titre gratuit, deux ans pour une médiation réalisée à titre onéreux et trois ans lorsque le coupable agit de façon professionnelle. En revanche, aucune peine n'est prévue ni pour les parents commanditaires ni pour la mère porteuse.

La loi de 1990 sur la protection de l'embryon punit quiconque qui pratique une insémination artificielle ou un transfert d'embryon sur une femme prête à remettre l'enfant à naître à des tiers. Elle prévoit les mêmes peines pour les auteurs d'autres actes susceptibles d'être entrepris pour réaliser une gestation pour autrui :

- l'implantation chez une femme d'un ovule non fécondé provenant d'une autre femme,

- la fécondation d'un ovule dans un but autre que celui consistant à provoquer une grossesse chez la femme dont l'ovule est issu,
- le prélèvement, avant la nidation, d'un embryon afin de l'implanter chez une autre femme.

Ces dispositions visent les équipes médicales, mais pas les mères porteuses, ni les couples commanditaires.

La révision en 2000 de ces dispositions n'en a pas changé les bases.

2.2.6 Pologne (22)

La Pologne est un pays de religion catholique. Tous les débats sur la gestation pour autrui sont prohibés par l'église. C'est la raison pour laquelle dans ce pays il n'y a pas de disposition juridique concernant la bioéthique sur la GPA. La Pologne n'a pas ratifié la Convention de Bioéthique de 1997. En conséquence, il existe un vide concernant la régularisation juridique concernant l'AMP et la GPA.

En droit polonais, la GPA n'est donc pas encadré directement par la loi. Cette pratique est contradictoire à l'ordre public et aux bonnes mœurs.

Malgré le manque de cadre juridique sur la réalisation d'une GPA, la loi polonaise sur l'adoption existe, et peut s'adapter à la filiation de l'enfant né d'une GPA avec la désignation des prochains parents. La gestatrice avant l'accouchement doit se désister du droit parental, elle choisit comme parents un couple intentionnel qui a acquis le droit pour l'enfant six semaines après la naissance.

Malgré que la loi polonaise ne possède pas de disposition juridique relative au domaine de la GPA, elle est de plus en plus pratiquée dans ce pays. Dans la plupart des cas les demandeuses sont des étrangères. Elles viennent en Pologne car les programmes de maternité de substitution sont moins chers, avec un grand choix de candidates.

Ce qui interroge actuellement les autorités polonaises, ce sont les raisons pour lesquelles les femmes polonaises sont recherchées pour cette prestation... Leur analyse montre que les candidates sont des femmes pauvres ayant déjà des enfants. Elles le font pour de l'argent car elles en ont besoin pour faire vivre leur famille.

2.2.7 Suisse (15)

La constitution fédérale encadre la procréation médicalement assistée et ses rapports avec une éventuelle maternité de substitution.

Cette loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001. Elle définit une mère de substitution comme « *une femme qui accepte de porter un enfant conçu au moyen d'une méthode de procréation médicalement assistée et de le remettre définitivement à des tiers après accouchement* ». Elle reprend l'interdiction de principe de la gestation pour autrui posée par la constitution.

Elle prévoit de surcroît des sanctions pénales à l'encontre de toute personne qui « *applique une méthode de procréation médicalement assistée à une mère de substitution* » ou qui « *sert d'intermédiaire à une maternité de substitution* ». Cette loi érige également en interdiction le don d'ovule et d'embryon, nécessaires lorsque la gestation pour autrui ne consiste pas en la

simple remise au couple commanditaire d'un enfant conçu avec les gamètes de la mère porteuse.

Il semble que certains couples se rendent à l'étranger pour bénéficier de dispositions moins restrictives que celles qui sont en vigueur en Suisse. Toutefois, les tribunaux suisses n'ont pas encore eu à se prononcer sur la filiation maternelle des enfants ainsi nés.

2.2.8 Italie (15)

La loi sur la procréation médicalement assistée mentionne explicitement que la gestation pour autrui est interdite. Par ailleurs, la loi sur l'adoption l'interdit aussi.

La loi du 19 février 2004 sur la procréation médicalement assistée interdit la pratique et l'organisation de toute forme de maternité de substitution, ainsi que toute publicité à cet effet. Cette disposition vise tous les participants aux diverses opérations liées à la gestation pour autrui, y compris la mère porteuse et les parents commanditaires. La loi prévoit une peine de prison ainsi qu'une amende pour les protagonistes. De plus, les médecins sont passibles d'une suspension professionnelle d'un à trois ans.

Cette loi comprend d'autres dispositions qui empêchent la gestation pour autrui. Elle interdit en particulier toute procréation médicalement assistée hétérologue, c'est-à-dire toute méthode qui requiert un don de gamètes, et précise que tout enfant né à la suite d'un don de gamètes est juridiquement considéré comme l'enfant de la femme qui l'a porté et de son conjoint, celui-ci ne pouvant pas contester sa paternité.

2.2.9 Espagne (15)

La loi du 26 mai 2006 sur les techniques de reproduction assistée interdit explicitement la gestation pour autrui.

Cette loi énonce que :

- tout contrat de maternité de substitution sera considéré comme nul,
- l'accouchement d'une femme détermine la filiation de l'enfant qui naît,
- le père biologique conserve la possibilité de revendiquer sa paternité.

Il semble que la plupart des couples espagnols qui souhaitent recourir à la gestation pour autrui passent des accords avec des femmes étrangères, de préférence originaires d'Amérique latine. Des associations rapportent que les diverses opérations préalables à la grossesse se déroulent dans le pays d'origine de la mère porteuse. L'enfant est parfois directement enregistré comme étant celui du couple, de sorte que les autorités espagnoles ont beaucoup de difficultés à cerner l'ampleur du phénomène.

2.3 La France

2.3.1 Les propositions pour une légalisation

La loi française interdit expressément la gestation pour autrui. En 1989, la Cour de cassation a prononcé la dissolution de l'association Alma Mater, qui

s'occupait de la médiation entre les couples infertiles et les mères-porteuses. Le 31 mai 1991, la Cour de cassation s'est ainsi prononcée contre la procréation pour autrui au titre de l'indisponibilité de l'état des personnes et de l'indisponibilité du corps humain. C'est en s'appuyant sur l'arrêt rendu en 1991 par l'Assemblée plénière de la Cour de cassation que le législateur français a formellement prohibé la gestation pour autrui (23). Cette interdiction s'est fondée sur la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain qui a introduit un article dans le code civil selon lequel « *toute convention portant sur la gestation pour le compte d'autrui est nulle* », peu importe qu'elle soit conclue à titre gratuit ou onéreux. (24)

Trois principes sous tendent cette interdiction :

- premièrement, le principe fondamental du droit de la filiation selon lequel la maternité légale résulte de l'accouchement : « *Mater Semper certa est* ». Ce principe est très ancré dans notre culture : historiquement, les épouses des rois de France accouchaient en public afin que la réalité de la filiation de leur enfant soit dûment attestée,
- ensuite, il y a le principe d'indisponibilité du corps humain,
- et enfin, le principe d'indisponibilité de l'état des personnes. (24)

En France, un groupe de travail parlementaire a récemment établi une proposition de loi pour éventuellement légiférer la GPA. Les membres de ce groupe de travail ont tout particulièrement étudié la question de la levée ou du maintien de l'interdiction de la GPA en France et le sort à réserver aux enfants nés en violation de la loi française. Cette proposition de loi vise à inscrire la GPA dans le cadre de l'AMP car celle-ci deviendrait un instrument supplémentaire au service de la lutte contre l'infertilité.

Ce texte de loi, proposé en vue d'autoriser la GPA, préconise cependant des conditions très strictes concernant les couples demandeurs qui doivent être « *composés de personnes de sexes différents, mariés ou en mesure de justifier d'une vie commune d'au moins deux années, en âge de procréer et domiciliés en France...* ». Il existe aussi des conditions strictes concernant la mère porteuse qui doit être une « *femme majeure, domiciliée en France et ayant déjà accouché d'un enfant au moins sans avoir rencontré de difficultés particulières durant la grossesse puis l'accouchement...* ». Cette femme doit également être capable « *seule* », de « *porter en elle un ou plusieurs enfants pour autrui* ». (25)

Le groupe de travail met en avant le rôle de l'Agence de la biomédecine en termes d'agréments. Elle pourrait permettre « *la mise en relation d'un ou plusieurs couples désireux de bénéficier d'une GPA et d'une ou plusieurs femmes disposées à porter en elles un ou plusieurs enfants pour autrui, à condition qu'elle ne donne lieu ni à publicité ni à rémunération* ». (25)

De plus, sur le plan juridique, les recommandations du groupe de travail prévoient qu'un « *magistrat devrait vérifier les agréments, recueillir les consentements écrits des parents intentionnels et de la gestatrice ainsi que celui du conjoint éventuel, du concubin ou du partenaire de PACS de cette dernière, après les avoir informés des conséquences de leur engagement...* ». Le magistrat devrait « *également fixer la somme devant être versée par le couple bénéficiaire à la gestatrice afin de couvrir les frais liés à la grossesse qui ne seraient pas pris en charge par l'organisme de sécurité sociale et les organismes complémentaires d'assurance maladie.* ». En ce qui concerne les décisions à prendre au cours de la grossesse, « *il appartiendrait à la gestatrice et à elle seule, de prendre, .., toute décision relative à une interruption volontaire de grossesse* ». (25)

Cette proposition de loi modifierait également le code de la sécurité sociale pour définir les droits sociaux autant de la gestatrice que du couple bénéficiaire. « *La gestatrice bénéficierait de tous les droits sociaux afférents à la maternité* », et la femme du couple de parents intentionnels bénéficierait « *d'une indemnité journalière de repos,..., pendant une période de six semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer* », donc d'un congé post-natal. A noter que pour une grossesse classique, le congé post-natal en France, lorsqu'il s'agit du premier ou du deuxième enfant, est lui de dix semaines. (26)

Malgré la présentation de ce projet encadrant la loi de révision des lois de bioéthique au Conseil des ministres, l'interdiction de la GPA en France est maintenue. En effet, le projet de loi de révision des lois de bioéthique (27) a été validé par le gouvernement mais n'a pas été accepté par les assemblées parlementaires.

En parallèle, de nombreux réseaux et associations ont vu le jour en France (exemple des associations Maia, C.L.A.R.A : Comité de soutien pour la Légalisation de la GPA et l'Aide à la Reproduction Assistée). Elles informent et aident les français à réaliser une GPA à l'étranger. Ce phénomène n'est pas quantifiable, car il est réalisé en dehors d'un cadre législativement défini. Cependant certaines associations signalent qu'il est de plus en plus envisagé et pratiqué par les français. Aucune de ces associations n'est apparemment en lien avec les secteurs d'AMP qui sont cependant directement concernés par cette problématique périnatale. (4 ; 28)

2.3.2 Les moyens pour établir une filiation

En France même si la gestation pour autrui est formellement interdite, elle existe. Elle est pratiquée à l'étranger et en France. La pratique se passe alors dans la clandestinité.

A leur retour au pays, les parents français d'un enfant né d'une GPA à l'étranger cherchent par tous les moyens à se rattacher juridiquement à lui, avant tout établir la filiation avec la mère intentionnelle. La filiation paternelle, elle, ne pose pas de problème car le père commanditaire est, le plus souvent, le père biologique de l'enfant. (4 ; 29)

Certains couples bénéficiaires de ces GPA ont déjà tout essayé légalement pour enregistrer l'enfant comme leur propre enfant : reconnaissance, adoption simple, adoption plénière, possession d'état... . Mais à chaque fois, tous ces cas ont été écartés par la justice. (4 ; 30)

Actuellement la législation est donc contournée par la pratique suivante. Le mari dans le couple commanditaire, qui a un lien génétique avec l'enfant, fait une reconnaissance en paternité avant la naissance. Ensuite, la mère porteuse accouche sous X. Par la suite, la mère commanditaire dépose une demande d'adoption de l'enfant de son mari devant le juge.

La voie de l'adoption étant fermée par la jurisprudence, certains couples tentent aussi d'invoquer la « *possession d'état* » pour permettre la filiation maternelle. La possession d'état désigne, dans le droit de la famille, « *l'apparence d'un état donné et elle sert de preuve de la filiation légitime* ». C'est-à-dire qu'un enfant élevé pendant des années par un couple est en apparence leur enfant, et cela sert de preuve de la filiation. Mais il a été considéré qu'une possession d'état ainsi établie, en fraude à la loi, serait viciée

et la circulaire du 30 Mai 2006 précise que « *le caractère équivoque peut notamment résulter d'une fraude ou d'une violation de la loi* ».

Certaines associations relatent également comme solution la pratique de l'usurpation d'identité. Dans ce cas, la grossesse et l'accouchement de la gestatrice se font sous le nom de la femme du couple commanditaire. (30)

Aujourd'hui, certains enfants issus d'une GPA ne sont pas reconnus par l'Etat civil français. Ils n'ont pas d'acte civil de naissance et sont donc considérés comme « *sans papier* ». Cette situation leur apporte beaucoup de difficultés par la suite...Citons également, le cas des mères intentionnelles qui n'ont aucun droit sur leur enfant : notamment en cas de divorce si le père intentionnel (reconnu par la loi comme père biologique) décide d'empêcher son ex-femme de voir l'enfant.

Ainsi, quelque soit le type d'adoption, le juge a pour mission, de contrôler à la fois la légalité et l'opportunité de celle-ci. En vertu de ces principes, la Cour de cassation en a déduit que le juge peut procéder à toutes les investigations utiles, y compris un examen comparé des sangs. Le législateur a introduit ainsi la possibilité pour le ministère public d'agir en contestation de reconnaissance lorsque celle-ci a été souscrite en fraude des règles régissant l'adoption. A l'heure actuelle, nous n'avons pas retrouvé de trace de cette application. (30)

Au total, et selon les associations, la plupart des parents choisirait la solution d'usurpation d'identité qui reste difficilement vérifiable par les autorités.

2.3.3 Dernières actualités en France

Le dernier rapport du Sénat suggérait d'autoriser la gestation pour autrui, non sur la base d'un contrat, mais d'un cadre légal, conditionné à une autorisation de transfert d'embryon donnée par un juge. La mère porteuse serait uniquement gestatrice ; elle seule prendrait les décisions relatives à la grossesse et disposerait d'un droit de repentir, pendant le délai de trois jours après l'accouchement, si elle souhaite garder l'enfant. La gestation ne donnerait pas lieu à rémunération mais à un dédommagement raisonnable. (25)

En parallèle, par trois décisions du 6 avril 2011, la première chambre civile de la Cour de cassation s'est opposée à la transcription en France des actes de naissance étrangers d'enfants nés d'une gestation pour autrui, au motif qu'il est contraire au principe de l'indisponibilité de l'état des personnes. (31)

Cette première chambre civile de la Cour de Cassation relève que les enfants ne sont pas privés d'une filiation maternelle et paternelle car le droit étranger leur reconnaît cette filiation. Elle soulève également le fait que l'on n'empêche pas ces parents intentionnels de vivre avec ces enfants issus de GPA, à condition que les impératifs du respect de la vie privée et familiale de la Convention européenne des droits de l'homme soient respectés. (31)

Selon la loi pénale actuelle, la GPA constitue une supposition d'enfant fondée sur l'atteinte à la filiation, punie de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende (art. 227-13 du code pénal). (32)

Une remarque importante est à noter : la paternité pour autrui n'est pas un phénomène interdit. Ce sont les dispositions des lois bioéthiques du 29 juillet 1994 qui ont défini les conditions permettant à un couple de bénéficier d'un don de sperme afin de réaliser une insémination artificielle et de remédier ainsi à une stérilité masculine. (33)

En France, on peut dire qu'il existe une disparité dans les moyens médicaux légaux pour remédier à l'infertilité, si celle-ci est d'origine féminine ou masculine.

3. LES DIFFERENTS POINTS DU VUE ETHIQUES

Le tour d'horizon des pratiques et de la législation de la GPA dans le monde nous montre que celle-ci s'inscrit dans une problématique éthique sociétale.

L'idée même de la GPA est également une problématique périnatale.

De la même façon que nous avons abordé les différents aspects législatifs, nous allons décrire maintenant les différents angles d'attaque philosophique ou éthique que la GPA suscite.

3.1 L'argument de chosification de la femme

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de l'autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen. ». La GPA met à mal ce dogme kantien. (34)

Le respect de la dignité de la personne humaine, concept clé issu de la Déclaration des droits de l'homme de 1948 et repris dans de nombreux textes internationaux, repose sur l'égale valeur de l'ensemble des êtres humains. La dignité, qualité intrinsèque de l'humanité, interdit, dans cette conception kantienne, de considérer l'homme seulement comme un moyen et de lui conférer un prix. (35)

Ce concept impose à tout un chacun le devoir de respecter la dignité d'autrui et il fonde juridiquement des dispositions aussi diverses que celles qui interdisent la traite des êtres humains, l'esclavage moderne ou le harcèlement au travail. (35)

Il demeure cependant un clivage, malgré le consensus général en faveur du respect de la dignité humaine :

- il y a ceux qui estiment que la dignité donne à l'individu des devoirs envers lui-même, afin de se montrer « *digne* » de sa condition d'homme,
- et ceux qui pensent que, dans la mesure où il n'est pas porté atteinte à la dignité d'autrui, chacun demeure libre de déterminer ce qui est de l'ordre de sa propre dignité.

En parallèle,

- la GPA représente pour certains une instrumentalisation du corps des femmes et aboutit à considérer l'enfant comme une marchandise, de sorte que cette pratique est contraire au respect de la dignité de la personne humaine. La GPA porte atteinte à la dignité de la personne car elle revient à instrumentaliser le corps de la femme, à en faire un objet marchand, disponible à la location pour un temps limité. En effet, la gestatrice n'est reconnue que pour sa fonction de « *gestante* », comme un simple « *incubateur* », ce qui donne une image déshumanisante, immorale de la gestatrice. La mère porteuse est considérée seulement comme un utérus mis à disposition. Cette situation est le plus souvent énoncée dans les cas où des sommes d'argent sont mises en jeu,
- mais pour les partisans d'une conception plus individualiste de la dignité, ce principe ne permet pas de juger de la valeur éthique de la gestation pour autrui lorsqu'elle est librement consentie par tous et

que la gestatrice estime que le processus ne porte pas atteinte à sa propre dignité. (35)

Au-delà, la chosification de la femme est aussi en rapport avec un risque d'exploitation des femmes démunies et avec la crainte qu'elle ne serve des intérêts mercantiles. En effet, une des craintes est que les femmes soient contraintes, pour des raisons économiques ou autres, à devenir gestatrices.

Mais par le travail de ces associations, la chosification de la femme porteuse s'amointrie car les familles intentionnelles intègrent de plus en plus les « *gestantes* » dans leur histoire familiale et souvent garde contact avec celle-ci après la naissance de l'enfant.

Cependant, la GPA peut aussi s'apparenter à une forme de don, ce qui implique la gratuité de l'acte. L'argument de l'instrumentalisation du corps de la femme ne tient alors plus. Ainsi la GPA ne serait pas contraire au principe de dignité de la personne dès lors qu'aucune rémunération ne serait autorisée. Elle serait vécue comme un don réfléchi et limité dans le temps. (36)

Doit-on s'autoriser à se poser la question des motivations de ces femmes gestantes dans le cadre d'un don ? Certains l'ont fait.

Selon trois études de cas réalisées au Royaume-Uni, ces femmes apprécieraient l'état de grossesse, auraient été confrontées à l'infécondité dans leur entourage ou auraient été adoptées et désireraient donc venir en aide à leur prochain. Produire alors l'argument de l'instrumentalisation du corps de la femme, c'est faire abstraction des raisons personnelles (liées à leur histoire, à leur passé, à leur personnalité...) qui poussent certaines femmes à porter

l'enfant d'autrui, comme par exemple recréer cette état de plénitude que confère la grossesse sans pour autant prendre en charge un nouvel enfant (famille déjà nombreuse, raisons économiques...). Il n'y a alors pas d'instrumentalisation mais plutôt une certaine liberté à disposer de son propre corps. (37)

Si on parle de chosification des femmes, il est tout à fait possible d'avancer aussi cet argument en ce qui concerne l'enfant.

Plusieurs personnes entendues par le dernier groupe de travail parlementaire français, constitué en vue de la révision des lois de bioéthique, se sont également interrogées sur la raison profonde d'une éventuelle légalisation de la maternité pour autrui et ont développé un « *droit à l'enfant* ».

Mais cela reviendrait à considérer que tout désir crée un droit, alors que la fonction de la loi consiste au contraire à fixer une limite au désir. Un tel droit pourrait conduire également à la déresponsabilisation des individus, qui ne se sentiraient plus tenus d'assumer ou d'affronter leur désir ou leurs souffrances. Enfin, le droit à l'enfant n'aboutirait-il pas à le transformer en un simple objet auquel chacun aurait droit ? (38)

3.2 L'argument de l'aliénation de la femme et des fœtus

Ce que dénoncent les opposants à la GPA, c'est que l'on demande à la gestatrice de céder l'enfant qu'elle a porté à un couple de parents intentionnels, mais également de ne pas investir cet enfant afin d'éviter l'établissement de liens affectifs avec lui. (34 ; 38)

Ils considèrent également que la maternité pour autrui serait l'inverse de l'adoption, puisqu'au lieu de réparer le préjudice subi par un enfant abandonné en permettant son adoption, on réparerait le préjudice de parents sans enfant en organisant par avance un abandon. (39)

Par ce terme d'aliénation il est sous-entendu que contrairement à une grossesse classique, la gestatrice ne doit pas établir de liens affectifs avec l'enfant qu'elle porte en devant « *l'abandonner* » à la naissance.

Cependant, force est de constater qu'au cours d'une grossesse, l'enfant à naître est nécessairement dans un rapport fusionnel avec celle qui le porte : il s'habitue à son corps, à son odeur, à sa voix, à la présence des personnes qu'elle fréquente...(39)

Deux situations sont alors envisageables : (39)

- soit la gestante est consciente du fait que l'enfant qu'elle porte n'est finalement pas le sien, elle peut alors être tout à fait détachée de la grossesse, et complètement désinvestie de cette maternité, voire focalisée sur ses motivations premières. Cependant, s'il est possible à la femme qui porte l'enfant de ne pas s'attacher à lui, il est en revanche impossible à l'enfant de ne pas « *investir* » la mère de substitution.
- soit la gestante vit sa grossesse de manière physiologique et développe une relation avec le fœtus qu'elle porte. Elle peut-être alors confrontée à une demande paradoxale : porter un enfant sans trop aimer cet enfant à venir. Et dans cette tension entre sentiments paradoxaux, les risques de souffrance psychiques courus par la gestante sont importants.

Les partisans de la GPA soutiennent que les échanges intra-utérins ne sont pas déterminants au point que l'enfant aurait besoin, sous peine de traumatisme grave, de rester en contact intime avec la femme qui l'a porté.

Au total, il s'avère très difficile de construire une théorie solide sur l'influence et la nature des échanges prénatals, tant ils dépendent de chaque femme, apparaissent singuliers et sont encore à étudier. Parallèlement, nous savons que la mère de substitution n'est pas libre de contrôler ses sentiments une fois enceinte. Elisabeth Badinter, philosophe, a notamment souligné que les sentiments d'une femme à l'égard de l'enfant qu'elle porte évoluent pendant la grossesse : personne ne peut prédire et encore moins maîtriser la relation qui va se nouer, et personne ne peut interdire à une femme d'aimer finalement l'enfant qu'elle a porté. (39)

Les expériences des pays étrangers révèlent que les parents intentionnels rendent très régulièrement visite à la mère de substitution. Ils passent souvent de longues heures ensemble, ce qui permet à l'enfant à naître de se familiariser avec eux : à sa naissance, il pourra reconnaître des voix et des sons déjà entendus. La maternité pour autrui ne constitue donc pas un abandon, puisque l'enfant, loin d'être brutalement et tragiquement délaissé par ses parents, est au contraire fortement désiré dès sa conception, et accueilli par ses parents intentionnels dès sa naissance. (39)

Dans ce contexte, un témoignage peut éclairer cet aspect éthique. Une gestatrice canadienne déclare : *« pour moi la différence été énorme au niveau du vécu intérieur de la grossesse. Lorsque l'on est enceinte de son propre enfant, on prépare mentalement sa venue, on lui trouve un nom, on essaye de se le représenter avec les traits de quelqu'un de la famille, on imagine notre vie avec lui, on prépare sa chambre. Lorsque l'on attend l'enfant d'un autre, on*

imagine le bébé avec ses parents, ce n'est pas notre rôle de lui trouver un nom ». (40)

3.3 L'argument de l'exploitation de la femme

Cet argument est plutôt en faveur d'un risque d'exploitation du corps des femmes, qui pourraient vendre leur corps pour subvenir à leurs besoins.

Il a été remarqué souvent que les gestatrices sont issues d'un milieu social plus défavorisé que le couple commanditaire. Elle risque alors d'être l'objet de coercition et de pression qui compromettent la liberté de son consentement. Ainsi en l'absence de consentement libre et éclairé, la liberté de la femme ne serait pas totale et cela pourrait l'exposer à un danger médical et/ou psychologique. (34)

On peut alors penser qu'un réseau mercantile pourrait se mettre en place, en toute illégalité, et engendrer l'exploitation des femmes défavorisées dans l'objectif du commerce de leur corps. Dans ce cadre là, la maternité pour autrui consiste à transformer l'utérus en une « *machine prestataire de services* ». Qu'elles en aient conscience ou non, les mères de substitution s'installeraient dans un rapport d'extériorité à elles-mêmes, devenant de simples instruments loués par les parents intentionnels. (36)

Ici, cette notion mercantile et la population visée de gestatrices résonnent négativement. Il y a une analogie éthique avec le phénomène de la prostitution, qui présente pourtant en France un caractère légal. « *La prostitution est une activité libre* ». (41)

Au total, la marchandisation de la gestation pour autrui est, en l'état actuel des pratiques, non seulement un risque, mais une réalité.

3.4 Autour du principe législatif de l'indisponibilité du corps humain et de l'indisponibilité de l'état des personnes

Les contrats de gestation pour autrui semblent heurter le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes. L'état d'une personne est en rapport avec sa situation, son statut, sa condition juridique, soit l'ensemble des éléments auxquels la loi attache des effets de droit. Cela signifie que les citoyens n'ont pas le pouvoir de modifier ces situations juridiques à leur gré par des conventions, comme ils peuvent le faire de leurs biens.

En matière de filiation, l'état des personnes fait aussi référence à des rapports institués par le droit et non à des rapports négociés.

Dans le cadre des gestations pour autrui, les notions d'indisponibilité de l'état des personnes et d'indisponibilité du corps humain, ne peuvent être dissociées.

La convention par laquelle une femme s'engage, fût-ce à titre gratuit, à concevoir et à porter un enfant pour l'abandonner à sa naissance contrevient au principe d'indisponibilité du corps humain. (37)

Pour les opposants à la maternité pour autrui, celle-ci doit demeurer une pratique interdite car elle est contraire à l'intérêt général. En effet, selon eux, la légalisation de la GPA entraînerait une contractualisation du droit de la filiation incompatible avec le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes.

Or pour les partisans de la GPA, cet argument paraît excessif. La maternité pour autrui pourrait tout simplement s'analyser en une dérogation au droit commun de la filiation et être fixée par la loi. (42)

En outre, le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes constitue également un argument fragile dans la mesure où il connaît un grand nombre d'exceptions telles que l'accouchement sous X ou encore la possibilité du changement d'état civil pour le transsexuel. (42) Le principe d'indisponibilité du corps humain a également perdu son caractère absolu depuis que la loi de 1994 reconnaît licite le don de gamètes. (30)

De même, comme le souligne François Terré, président et professeur de l'Académie des sciences morales et politiques, le principe d'indisponibilité de l'état des personnes est remis en cause lorsque les personnes elles-mêmes choisissent librement et sans contrainte de disposer de l'état de l'enfant, en lui attribuant une filiation comme bon leur semble. Mais, dès lors que cette filiation est fixée par la loi et que les individus ne peuvent s'y soustraire sous peine de sanction, le principe est préservé : l'enfant reçoit bien une filiation légalement imposée par la loi, indépendante de la volonté des individus. Il s'avère donc tout à fait possible de légaliser la maternité pour autrui sans contractualiser le droit de la filiation et sans porter atteinte au principe de l'indisponibilité de l'état des personnes. (14)

Par ailleurs en France, le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial, mais le don est admis dans les conditions prévues par le code de la santé publique : dès lors « *qu'aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte des produits de celui-ci.* ». Le corps humain se trouve ainsi exclu de la sphère

marchande. Dans ce cadre du don, les principes de marchandisation sont exclus.

De plus, si nous voulons réduire la GPA à un don, nous nous heurtons au principe de l'anonymat de celui-ci. En France, le don est par concept anonyme, même si le don de gamètes se voit opposé actuellement le droit aux origines dans la loi de révision des lois de bioéthique. (27)

Cependant, dans le cadre du don, force est de constater, que la pratique est souvent en incohérence avec la législation. Ainsi nous pouvons noter :

- la pratique de don de reins en intra familial,
- le don d'ovocytes entre sœurs...

Au total, le principe en France de l'indisponibilité du corps humain n'est plus absolu à la vue de certaines pratiques autorisées.

3.5 La dignité du corps de la femme

La GPA pourrait porter atteinte au principe de dignité de la personne humaine et de l'image symbolique de la femme. Des divergences philosophiques s'opposent et notamment sur la notion de dignité de la personne humaine. (35)

Le principe de la dignité de la personne humaine constitue l'un des principes les plus essentiels de la civilisation occidentale moderne : il permet à

la fois de fonder la différence de l'homme dans la nature et d'instituer l'homme comme sujet de droit. (36)

Dire que l'homme a une dignité, c'est dire qu'il est différent des autres êtres vivants, qu'il dispose de droits inaliénables et qu'il est à ce titre égal à tous les autres hommes. En refusant de reconnaître la dignité d'un homme, on refuse de reconnaître son appartenance à l'humanité. (36)

Le principe de dignité permet de poser juridiquement la valeur des êtres humains, et d'énoncer comment il faut les traiter ou pas. (43)

Concrètement, le principe de dignité exige de sauvegarder la personne humaine « *contre toute forme d'asservissement ou de dégradation* ». Ce principe sert donc à protéger l'individu contre toute atteinte à ce qui fait de lui un être humain, quelle que soit l'origine de cette atteinte. (43)

La dignité implique que la personne reste maître de son corps et d'elle-même, ce qui suppose qu'elle ne soit pas aliénée ou asservie à des fins étrangères à elle-même, que l'homme ne soit pas traité comme un objet ou un moyen mais qu'il soit reconnu comme sujet. (43)

Certains pensent que la GPA représente une instrumentalisation du corps des femmes et aboutit à considérer l'enfant comme une marchandise. Cette pratique de la GPA serait donc contraire au respect de la dignité de personne humaine. (35)

D'autres estiment que le processus de GPA ne porte pas atteinte à la dignité de la personne dans la mesure où la GPA est librement consentie par tous. Dans ce cas, la GPA ne doit pas faire l'objet d'une rémunération et doit être vécue comme un don réfléchi et limité dans le temps. (35)

3.6 Concernant l'enfant issu d'une GPA

Deux points de vue s'opposent, celui des partisans et des opposants de la GPA.

En ce qui concerne les opposants de la GPA, ils pensent que tout enfant né d'une mère porteuse devra surmonter, notamment à l'adolescence, un conflit interne très violent : il ressentira nécessairement une double loyauté contradictoire à l'égard, d'une part, de la femme qui l'a mis au monde, d'autre part, de ses parents intentionnels qui l'ont désiré et le considèrent comme leur enfant. Cette situation ne s'envisage bien sûr que si les parents intentionnels de l'enfant lui ont dévoilé la vérité quand à ses origines et sa conception. (38)

Pour le professeur Marcel Rufo, pédopsychiatre, ce conflit risque d'être d'autant plus violent que l'enfant ne pourra pas, contrairement aux enfants abandonnés, considérer que la femme qui l'a porté l'a remis à ses parents intentionnels par amour. Les enfants abandonnés soignent en effet souvent la blessure de l'abandon en considérant qu'ils ont été abandonnés par amour, que leurs parents espéraient leur préparer un meilleur destin en les confiant à d'autres adultes auxquels la vie a réservé un sort plus clément. Dans les cas d'enfants nés d'une maternité pour autrui, ce ressort psychique ne peut jouer, puisque la mère de substitution remet l'enfant en vertu d'un simple accord passé avec les parents intentionnels. (39)

On peut aussi parfaitement imaginer que l'enfant devenu adulte, rejette sa famille « *d'adoption* » et entende exercer des droits à l'égard de sa mère de naissance.

Au contraire, les partisans de la GPA mettent en avant le témoignage des associations qui révèlent l'existence d'aucun trouble particulier chez l'enfant. Néanmoins, la plupart des études sont encore limitées en nombre et dans le temps (à trois ans seulement). D'après eux, les risques psychiques pour les enfants ainsi nés ne semblent pas plus grands que dans les autres formes de procréation médicalement assistée. (3)

Ayant réalisé une revue des pratiques et des positionnements autour de la GPA, nous pouvons nous demander qu'elle en est la logique à l'heure de la libre circulation des personnes entre les pays de l'union européenne (44).

A cette ouverture législative des frontières, s'ajoutent des associations et de nombreux médias dont Internet qui facilitent l'accès à l'information et la réalisation d'une GPA à l'étranger.

Il est donc très difficile de raisonner en termes d'éthique sociétale pour un pays car cette liberté de mouvements en Europe change les représentations fondamentales et remet en cause la souveraineté législative d'un pays.

A côté de cet aspect éthique, nous allons maintenant décrire les données statistiques portant sur le sujet.

4. L'ETUDE DEJA REALISEE EN FRANCE

Environ 15% à 20% des couples en France évoquent un problème d'infertilité. Cependant dans 10% des cas, la cause de l'infertilité reste inexpliquée. Nombre de cas d'infertilité féminine se traduisent par une incapacité pour la femme de développer une grossesse. La seule solution qui leur reste alors pour avoir génétiquement leur propre enfant est de faire appel à une mère porteuse.

En France, il est très difficile de quantifier le nombre d'enfant né par gestation pour autrui car la pratique est illégale. Selon les associations, environ 100 couples se rendent à l'étranger chaque année pour réaliser une gestation pour autrui dans des pays la légalisant, ou du moins l'autorisant.

4.1 Le regard des professionnels de l'obstétrique sur la gestation pour autrui (45)

Cette étude a été réalisée via un questionnaire disponible sur le site internet « *Gyneweb* » et celui du collège national des sages-femmes. Elle a été réalisée au cours du premier trimestre 2009. 310 professionnels de santé ont répondu à ce questionnaire. Il est à noter que cette étude descriptive ne discrimine pas les professionnels ayant répondu au questionnaire.

Au cours de cette étude 3 points importants ont été analysés :

- l'information des professionnels de l'obstétrique sur la GPA en France et dans l'Union Européenne, ainsi que leur confrontation à cette problématique au cours de leur exercice professionnel,

- leur point de vue face à la légalisation ou non de la GPA en France,
- leur avis sur la prise en charge de ces grossesses et la place du couple d'intention.

4.1.1 La connaissance des professionnels de l'obstétrique sur la GPA

Il a été mis en évidence que seulement 84% des professionnels de l'obstétrique avaient déjà entendu parler de la GPA.

Au niveau législatif, les $\frac{3}{4}$ d'entre eux ne savaient pas quelle loi française avait interdit cette pratique. Seul 23% des 310 professionnels interrogés savaient qu'il s'agissait de la loi de bioéthique de 1994.

80% d'entre eux ont répondu qu'ils savaient que la GPA se pratiquait légalement dans des pays de l'Union Européenne.

En ce qui concerne leur expérience personnelle, les chiffres sont en étroite relation avec le manque de connaissances de ces professionnels sur le cadre législatif, car 73% d'entre eux n'ont jamais été confronté à une demande de la part d'un couple.

Dans le cas où les professionnels ont été confrontés à une demande, leurs réponses pour les couples sont différentes : certains mettent en avant le caractère illégal de la GPA en France, d'autres ont eu une attitude plus permissive, et un tiers n'a pas répondu à la question.

4.1.2 La position des professionnels de l'obstétrique sur la GPA

65% des professionnels pensent que la GPA devrait être autorisée en France si elle était correctement encadrée par la loi. Seul 1% pensent qu'elle devrait être autorisée sans condition, et 30% pensent qu'elle devrait rester interdite.

La majorité des professionnels souhaitent une légalisation concernant les conditions requises pour les parents intentionnels (sexe différent, mariés, ...).

4.1.3 La prise en charge de ces grossesses et la place des parents intentionnels

90% des professionnels se prononcent pour un suivi spécifique de cette grossesse, essentiellement sur le plan psychologique.

En ce qui concerne la prise en charge des parents intentionnels, les avis sont partagés. D'un point de vue général, les professionnels sont plutôt favorables au fait de les recevoir en consultation, mais certains préfèrent une consultation en anténatal, et d'autres en postnatal.

La majorité des professionnels pensent également que la GPA devrait s'accompagner de droits sociaux comme le congé post natal pour les parents intentionnels.

Par contre, les professionnels s'accordent sur le fait qu'il est plus favorable que la gestatrice reste anonyme, comme dans le cadre d'un don.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

1. OBJET DE L'ETUDE

1.1 Constat

J'ai donc constaté au cours de mes études que la Gestation Pour Autrui était prohibée en France. Elle est cependant autorisée, légalisée et pratiquée dans des pays voisins.

Cette différence de conception entre pays, dont certains de même culture francophone, m'a conduit à m'intéresser davantage au sujet.

Très vite au cours de mes premières expériences, il m'est apparu qu'il y avait des points de vue variés entre les différents professionnels d'AMP (qui exercent dans des secteurs médicaux directement concernés par le sujet).

Ainsi, à l'HME (Hôpital Mère-Enfant) du C.H.U. (Centre Hospitalier Universitaire) de Limoges, il m'a semblé que les représentations des professionnels concernant la légalisation de la GPA en France étaient différentes en fonction de leur profession.

1.2 Problématique

Les centres d'AMP sont des lieux où la notion de GPA est présente auprès des différents acteurs qu'ils soient gynécologues, obstétriciens, sages-femmes ou biologistes.

Quelles sont leurs représentations sociales et éthiques sur cette problématique qui se prévaut d'une réalisation potentielle en dehors de nos frontières ?

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1 Objectifs et hypothèses

2.1.1 Objectifs

- Objectif principal :

Faire un état des lieux des représentations éthiques et sociales des professionnels de santé des centres d'AMP rattachés à un C.H.U., cliniciens, biologistes et sages-femmes sur la GPA, dans un contexte de modification récente des lois de bioéthique.

- Objectif secondaire :

Faire un état des lieux des pratiques d'orientation des couples demandeurs d'une GPA par les professionnels de santé d'AMP.

2.1.2 Hypothèses

- Hypothèse principale :

Les représentations éthiques et sociales des professionnels de santé d'AMP : gynécologues-obstétriciens, biologistes et sages-femmes, sont différentes en fonction de leur positionnement sur la légalisation de la GPA en France (favorables versus défavorables).

- Hypothèse secondaire :

En terme d'information, les cliniciens d'AMP (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes) sont amenés à orienter les couples vers la réalisation d'une GPA à l'étranger au contraire des biologistes qui ne dispensent pas cet élément.

2.2 Intérêt de l'étude

L'intérêt de ce mémoire est de comprendre le positionnement des acteurs d'AMP sur la GPA, face aux représentations législatives actuelles.

De plus, il n'existe pas pour l'instant de description scientifique du phénomène d'orientation médicale sur la réalisation d'une GPA à l'étranger.

Ainsi ce mémoire pourrait servir de base de réflexion éthique sur le sujet, en mettant en parallèle les pratiques actuelles.

3. SCHEMA D'ETUDE

J'ai souhaité ainsi recueillir le positionnement de tous les acteurs des centres d'AMP français rattachés à des C.H.U. afin d'avoir une exhaustivité des points de vue dans ces milieux hospitaliers au carrefour de la réflexion universitaire et de la haute technologie médicale.

Mon maître de mémoire qui m'oriente dans ce travail est Julie ROUMIGUIERES, sage-femme au centre d'AMP du C.H.U. de Limoges.

3.1 Type d'étude

Pour pouvoir aborder l'étude des représentations sociales des professionnels de santé des centres d'AMP en France métropolitaine, une méthodologie en psychologie sociale, décrite ci-après, a été utilisée. Il s'agit d'une étude descriptive et prospective.

L'outil de recherche de l'étude est une méthode d'association verbale qui conduit à une analyse de similitude.

3.2 Définition de la population source

3.2.1 Critères d'inclusion

Dans une étude des représentations, il n'est pas obligatoire de réaliser un échantillonnage de la population. Le fait d'inclure toute la population cible permet d'avoir un maximum de résultats et donne de la puissance à l'étude.

Donc, dans ce protocole de recherche, j'ai inclus tous les professionnels médicaux des centres d'AMP rattachés à des C.H.U en France métropolitaine. Ce qui sous-entend tous les gynécologues obstétriciens, biologistes et sages-femmes de ces centres. J'ai choisi de n'inclure que les centres rattachés à des C.H.U. En effet, mon choix ne s'oriente pas sur les centres privés, qu'ils soient à visée lucrative ou non, car nous considérons avec ma directrice de mémoire qu'il peut exister un lien mercantile ou d'intérêt qui induirait des biais dans les représentations.

3.2.2 Taille de l'échantillon

J'ai recensé 35 C.H.U. en France métropolitaine comportant un centre d'AMP.

Ce qui représente environ :

- 120 médecins en gynécologie-obstétrique,
- 70 médecins en biologie,
- et 80 sages-femmes.

Les centres ayant répondu aux questionnaires sont au nombre de 19.

3.2.3 Critères d'exclusion

Il a été demandé, au niveau des médecins responsables des centres s'il souhaitait que leur structure participe à l'étude. En cas de refus, ils ont alors été exclus, ainsi que tout le personnel médical s'y rattachant. Ce critère a été le seul critère d'exclusion qui est la non acceptation de l'étude.

En parallèle, il a été précisé aux centres d'AMP acceptant de participer à l'étude qu'ils recevraient un exemplaire numérique du mémoire par format PDF, dès sa validation institutionnelle.

3.3 Définition des variables

3.3.1 Les variables qualitatives

Les variables qualitatives répertoriées dans cette étude sont :

- les représentations sociales et éthiques,
- la notion de lien entre la GPA et le don,
- l'information des couples sur la GPA par les professionnels,
- les conseils donnés aux couples sur la réalisation d'une GPA à l'étranger,
- l'information des couples sur la filiation de leur enfant à leur retour en France,
- le sexe du professionnel,
- sa profession,
- si celui-ci a au moins un enfant,

- le lieu d'exercice de sa profession,
- le fait que le professionnel soit en faveur (versus défaveur) de la GPA,
- les différentes possibilités de filiations présentées aux couples.

3.3.2 Les variables quantitatives

Les variables quantitatives sont :

- l'âge du professionnel,
- le nombre d'années d'exercice de sa profession,
- le nombre d'années d'exercice de sa profession dans un centre d'AMP.

3.4 Les biais de l'étude

Les biais recensés dans cette étude, et pour le premier non observable, sont :

- le fait pour le professionnel, d'avoir lui-même un enfant obtenu par une GPA, cette question ayant un caractère confidentiel,
- le refus des centres de participer à l'étude.

3.5 Stratégie d'exploitation

3.5.1 Le recueil des données

Pour les sages-femmes de l'HME de Limoges, la distribution et la collecte des questionnaires a pu s'effectuer avec le concours de Julie ROUMIGUIERES, sage-femme dans le service d'AMP. Celle-ci a fait le lien avec les médecins.

Pour les autres centres, le médecin responsable du centre a d'abord été contacté par téléphone, pour avoir son accord concernant la participation de son centre à notre étude. Il a pu selon les cas nous orienter vers une sage-femme, qui a été notre « référente » locale. Celle-ci a ensuite été contactée par téléphone dans chaque C.H.U. Elle a servi d'intermédiaire entre nous et le personnel ciblé.

La sage-femme « référente » nous a apporté une aide concernant la distribution puis la collecte des questionnaires auprès de chaque professionnel médical du centre d'AMP. Une enveloppe affranchie a été fournie à chacune, afin de nous refaire parvenir les questionnaires remplis.

Cette stratégie, de triangulation avec une sage-femme du service, a été choisie en vue de récupérer le maximum de questionnaire, et faciliter son acceptabilité locale.

En ce qui concerne le calendrier de ce protocole de recherche :

- en Mai 2011, le questionnaire a été envoyé dans un centre d'AMP public non rattaché à un C.H.U (le centre hospitalier de Périgueux) pour tester le questionnaire et surtout la compréhension de celui par le personnel médical.

Ce questionnaire test a permis d'apporter quelques modifications au questionnaire final.

- en Juin 2011, après avoir apporté des modifications au questionnaire, les médecins responsables de chaque centre ont alors été contactés par téléphone selon le schéma programmé de l'étude. Les sages-femmes référentes de chaque centre ont alors également été contactées par téléphone au cours de ce mois et les questionnaires leur ont ensuite été envoyés.
- un délai d'un mois et demi a été laissé à chaque centre pour la collecte des questionnaires. Une relance téléphonique a alors été effectuée dans les centres n'ayant pas renvoyé leurs questionnaires.
- juillet et Août 2011, ont été les mois des premiers retours de questionnaires ainsi que des relances téléphoniques.
- au cours du mois de septembre 2011, tous les questionnaires des centres inclus ont été récupérés.

3.5.2 Les méthodes d'analyse et de représentation des résultats

Les données de l'ensemble des questionnaires retournés ont ainsi été saisies dans un tableau de données du logiciel Microsoft Excel. Les résultats ont ensuite été analysés statistiquement par le même logiciel.

3.6 Le questionnaire

Le questionnaire se présentait en trois parties :

- la première afin d'identifier et décrire la population,

- une deuxième pour répondre à l'objectif principal de l'étude qui est de faire un état des lieux des représentations sociales et éthiques des professionnels de santé d'AMP, cliniciens, biologistes et sages-femmes sur la GPA, dans un contexte de modification des lois de bioéthique,
- une troisième partie pour répondre à l'objectif secondaire qui est de faire un état des lieux des pratiques d'orientation des couples demandeurs d'une GPA par les professionnels de santé d'AMP.

3.6.1 Modalités descriptives de la population

Les éléments pour définir la population ont été collectés grâce aux questions 1 à 7, ils sont les suivants :

- le sexe du professionnel de santé,
- son âge,
- si le professionnel a personnellement des enfants ou non,
- sa profession,
- l'établissement d'exercice de sa profession,
- le nombre d'années d'exercice de la profession,
- le nombre d'années d'exercice de la profession en centre d'AMP.

3.6.2 Etat des lieux des représentations éthiques des professionnels de santé d'AMP sur la GPA

Les questions 8 à 13 étaient orientées sur notre objectif principal. Les éléments qui les constituent sont :

- la position du professionnel sur la légalisation de la GPA en France,

- les mots qui lui viennent à l'esprit pour définir la notion de GPA,
- le rang d'importance qu'il donne à ces mots,
- la position du professionnel par rapport à la notion de don associée à la GPA.

3.6.3 Etude de la pratique d'orientation des couples demandeurs d'une GPA

Les dernières questions, de 14 à 18, décrivaient les pratiques des professionnels de santé.

Elles mettaient en avant les éléments suivants :

- l'information des couples demandeurs,
- l'orientation des couples vers la réalisation d'une GPA à l'étranger,
- l'information de ces couples sur la filiation de leur enfant lors de leur retour en France,
- les possibilités de filiation apportées aux couples.

4. LES REPRESENTATIONS SOCIALES (46)

L'étude des représentations psycho-sociales de la GPA s'est faite par une association verbale puis par une analyse prototypique.

Ainsi, parmi les méthodes permettant de relever l'agencement structurel des éléments d'une représentation sociale celle de l'association verbale a un avantage pratique.

Cette technique consiste, à partir d'un mot inducteur, à demander aux sujets les termes ou expressions qui leur viennent à l'esprit.

La logique consiste donc à citer dans un premier temps, en brain storming, leurs représentations afin de les mettre en mémoire immédiate. Leur classement en rangs renvoie ensuite à un ordre d'importance par une pensée plus aboutie.

Nous soumettons alors à l'analyse de similitude le corpus radicalisé ainsi obtenu. Cette méthode statistique définit que deux perceptions seront d'autant plus proches dans la représentation, qu'un nombre élevé de sujet les traitent de la même manière.

Pour ce faire, nous avons élaboré le carré de P. Vergès qui contient un croisement de la fréquence de citation (ou l'on distingue les mots à fréquence élevée et les mots à fréquence faible), avec le rang (ou l'importance) des mots (ou l'on distingue aussi le rang faible et le rang élevé).

Les mots dont la fréquence est inférieure à 10% de la représentation des groupes n'ont pas été étudiés.

< **Rang des termes** >

		Faible : inférieur au rang moyen	Fort : supérieur au rang supérieur
Fréquence des termes	Supérieur à la fréquence moyenne	<p>PROTOTYPE DE L'OBJET</p> <p>Mots très fréquents et très importants</p> <p>Probables éléments du système central</p>	<p>CARACTERISTIQUES DE L'OBJET</p> <p>Dimension collective, prescriptive</p> <p>Mots très fréquents mais peu importants</p> <p>Éléments contrastés ou intermédiaires</p> <p>Zone de changement</p>
	Inférieur ou égal à la fréquence moyenne	<p>CARACTERISTIQUES DE L'OBJET</p> <p>Dimension individualisée, illustrative</p> <p>Mots peu fréquents mais très importants</p> <p>Éléments contrastés ou intermédiaires</p> <p>Zone de changement</p>	<p>MODULATION DU DISCOURS ET DES ATTITUDES SUR L'OBJET</p> <p>Mots peu fréquents et peu importants</p> <p>Probables éléments périphériques</p>

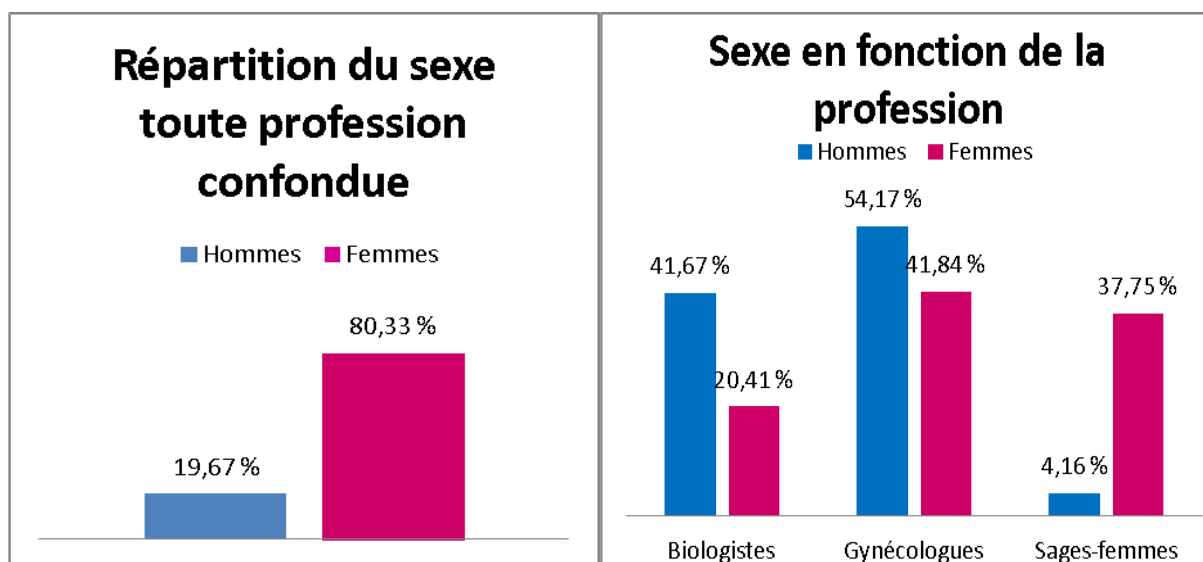
Le carré de Vergès met des éléments du noyau central et périphérique d'une représentation en parallèle qu'il convient de discuter logiquement par la suite.

Notre questionnaire a permis également, outre une analyse qualitative de nos hypothèses, d'alimenter notre réflexion.

TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS DE L'ETUDE

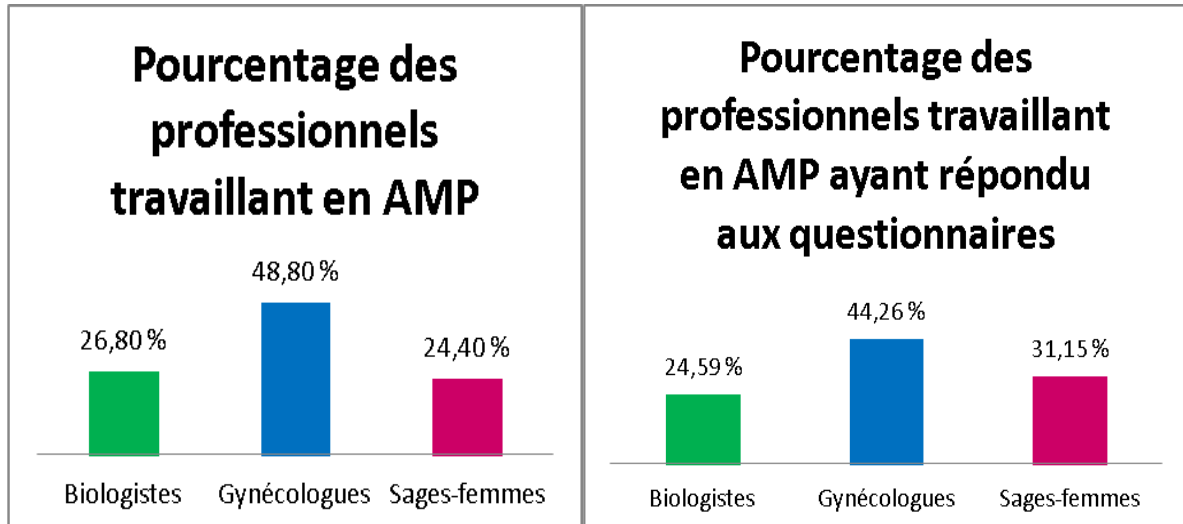
1. ETUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION GENERALE

1.1 Représentation du sexe dans la population générale



La grande majorité du personnel médical des centres d'AMP est constitué par des professionnels de sexe féminin.

1.2 Répartition des professionnels médicaux travaillant en AMP puis ayant répondu à notre étude

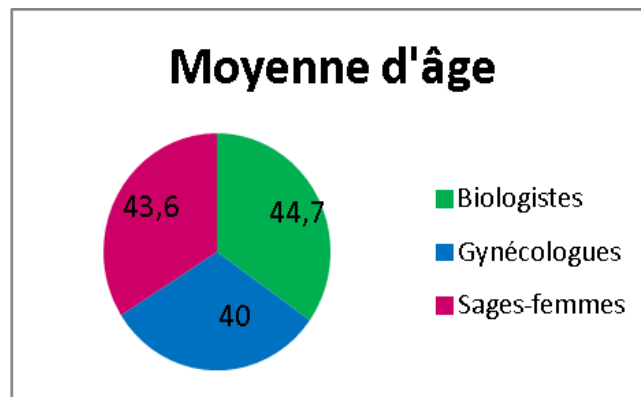


Les gynécologues, les plus présents dans ces centres, ont représenté 44,26% de nos résultats

Les biologistes, moins nombreux que les gynécologues dans les centres, ont représenté 24,59% de nos réponses

Les sages-femmes qui sont les moins nombreuses des professionnelles médicales des centres d'AMP, ont répondu le plus aux questionnaires à hauteur de 31,15%.

1.3 Age des professionnels médicaux travaillant en AMP



Les professionnels inclus dans l'étude représentent une moyenne d'âge homogène. En effet, la moyenne d'âge est de :

- 44,7 ans (+/- 10 ans) chez les biologistes,
- 40 ans (+/- 10,1 ans) chez les gynécologues,
- et 43,6 ans (+/- 8,8 ans) chez les sages-femmes.

1.4 Ancienneté absolue des professionnels médicaux travaillant en AMP

Les professionnels médicaux travaillant en AMP ont une ancienneté absolue de :

- 17,5 ans (+/- 10,9 ans) pour les biologistes,
- 14 ans (+/- 10,1 ans) pour les gynécologues,
- 21,3 ans (+/- 9,7 ans) pour les sages-femmes.

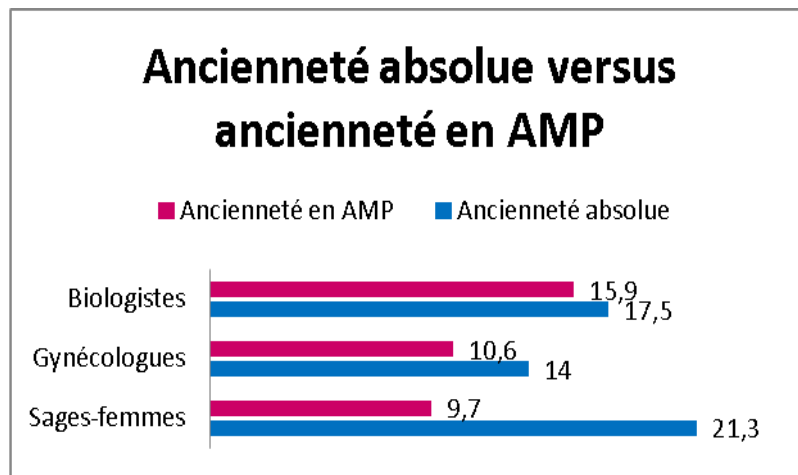
Ce sont donc les sages-femmes qui ont le plus d'ancienneté absolue, puis les biologistes et les gynécologues.

1.5 L'ancienneté en AMP des professionnels médicaux

L'ancienneté en AMP est pour les professionnels médicaux de :

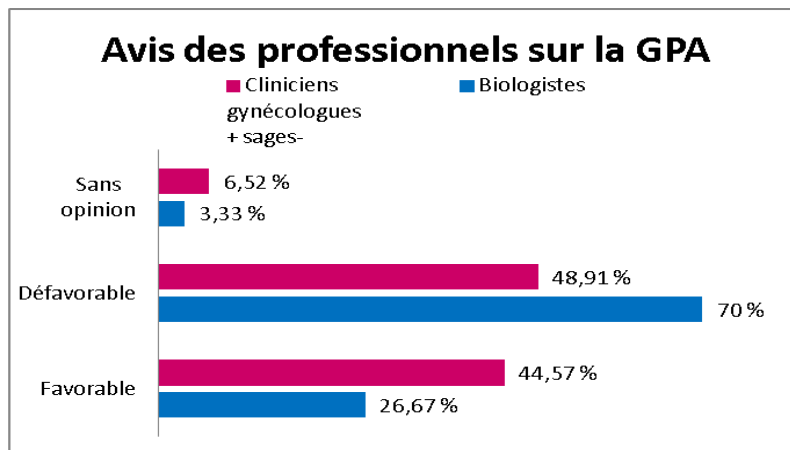
- 15,9 ans (+/- 9 ans) pour les biologistes,
- 10,6 ans (+/- 9,1 ans) pour les gynécologues,
- 9,7 ans (+/- 7,8 ans) pour les sages-femmes.

Au total,



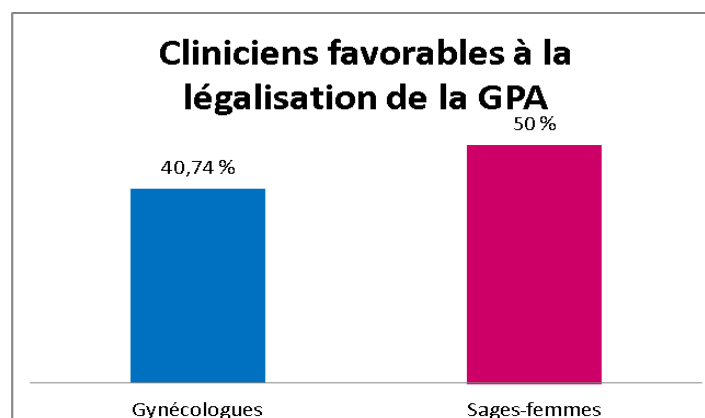
L'ancienneté absolue est proche de l'ancienneté en AMP pour les biologistes alors qu'elle est de plus du double pour les sages-femmes. Les gynécologues ont une situation intermédiaire.

2. POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS SUR LA LEGALISATION OU NON DE LA GPA



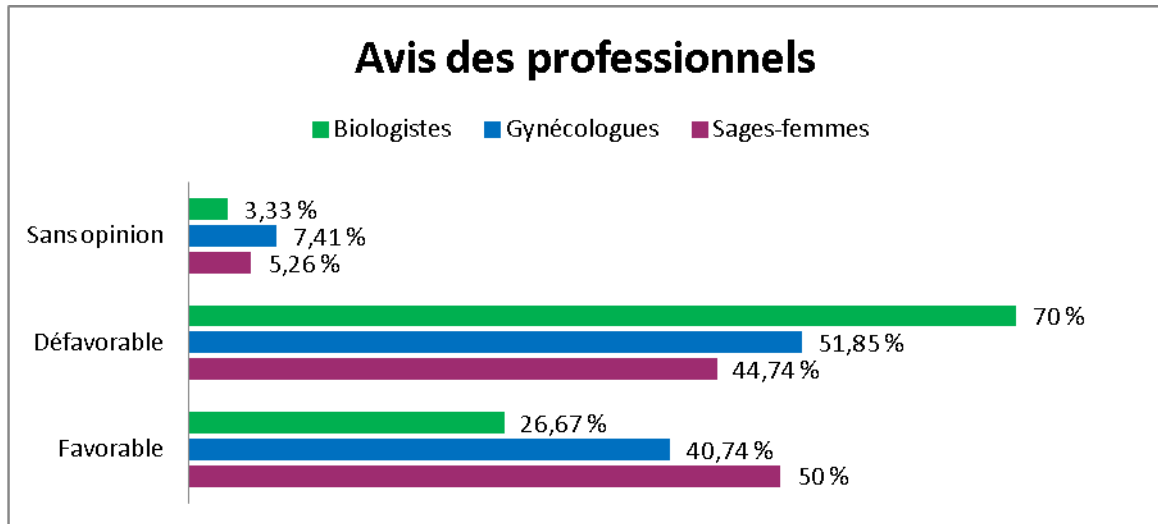
Les biologistes sont défavorables à la légalisation de la GPA à hauteur de 70%. Les cliniciens ne sont défavorables qu'à 48,91%.

Les cliniciens sont favorables à la légalisation de la GPA à hauteur de 44,57%. Les biologistes ne sont favorables qu'à 26,67%.



Les sages-femmes sont favorables à la légalisation de la GPA à hauteur de 50% (soit 1 sur 2), alors que les gynécologues ne sont favorables qu'à

hauteur de 40,74% (soit environ 2 sur 5). Nous pouvons à cette vue discriminer plus nos résultats :



La distribution des sans opinion est peu marquée de 3,33% à 7,41% entre les professions médicales :

- gynécologues : 7,41%,
- biologistes : 3,33%,
- sages-femmes : 5,26%.

3. REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS MEDICAUX DES CENTRES D'AMP SUR LA GPA

Il n'est pas opportun de présenter ici les représentations propres des différents professionnels médicaux exerçant en PMA car elles ne sont pas singulières.

La discrimination des représentations ne peut s'établir qu'entre les populations favorables ou défavorables à la GPA

LEGENDE DES TABLEAUX DES REPRESENTATIONS :

Premier nombre après le terme = fréquence du terme

Nombre entre parenthèse = rang moyen du terme

Mots surlignés en **jaune** = mots communs retrouvés dans les populations favorables ou non à la GPA

3.1 Concernant la population favorable

Rang moyen : 3,06 Fréquence moyenne : 5,15	Termes inférieurs au rang moyen :	Termes supérieurs au rang moyen :
Termes supérieurs à la fréquence moyenne :	Don 47 (2,83) Cadre législatif 30 (2,7) Indications médicales 24 (2,75) Problème psychologique 7 (2,71)	Mère porteuse 12 (3,08) Problème d'éthique 10 (3,3) Commerce 9 (3,78) Risques 9 (3,71)
Termes inférieurs à la fréquence moyenne :	Esclavage 5 (2,8) Espoir 5 (2,4) Réalité 2 (3)	Problème d'attachement 4 (5) Chance 4 (3,25) Adoption 3 (3,67) Tourisme procréatif 2(4) Famille 2 (4) Parents 2 (6)

Le noyau central de la représentation de la population favorable regroupe une notion primordiale de DON complexe qui doit s'inscrire dans un CADRE LEGISLATIF, encadré par des INDICATIONS MEDICALES. La population favorable est consciente cependant des PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES sous tendus par la notion de GPA.

3.2 Concernant la population défavorable

Rang moyen : 2,95 Fréquence moyenne : 6,75	Termes inférieurs au rang moyen :	Termes supérieurs au rang moyen :
Termes supérieurs à la fréquence moyenne :	Commerce 30 (2,4) Mère porteuse 21 (2,10) Esclavage 15 (2,13) Abandon 12 (2,92) Femme objet 10 (2,7) Indications médicales 9 (2,44)	Problème d'attachement 26 (3,04) Risques 20 (3,5) Problème d'éthique 19 (3,68) Don 18 (3) Cadre législatif 14 (3,71) Problème psychologique 11 (3,64)
Termes inférieurs à la fréquence moyenne :	Enfants de la gestatrice 3(2,67) Adoption 3 (2,67) Embryon objet 2 (2,5) Prise de risques pour autrui 2 (1)	Egoïsme 4 (3,75) Espoir 2 (4,5) Faux espoir 2 (6) Impossible 2 (5) Sacrifice 2 (3,5) Tourisme procréatif 2 (4)

Le noyau central de la représentation de la population défavorable regroupe une notion primordiale de COMMERCE autour de la MERE PORTEUSE qui la réduit en FEMME OBJET, en ESCLAVAGE. La population défavorable est consciente cependant des INDICATIONS MEDICALES sous tendues par la notion de GPA.

4. REPRESENTATIONS ETHIQUES DE LA GPA DES PROFESSIONNELS MEDICAUX DES CENTRES D'AMP

4.1 Concernant la population favorable

Rang moyen : 2,54 Fréquence moyenne : 5,93	Termes inférieurs au rang moyen :	Termes supérieurs au rang moyen :
Termes supérieurs à la fréquence moyenne :	<p>Cadre législatif 44 (2,18)</p> <p>Don 17 (2,24)</p> <p>Indications médicales 10 (1,5)</p> <p>Problème d'attachement 10 (2,3)</p>	<p>Problème d'éthique 21 (3,33)</p> <p>Commerce 11(3)</p> <p>Risques 11 (2,64)</p>
Terme inférieurs à la fréquence moyenne :	<p>Difficultés 4 (1,75)</p> <p>Mère porteuse 4 (1,5)</p>	<p>Abandon 4 (3)</p> <p>Adoption 3 (3,67)</p> <p>Esclavage 3 (3)</p> <p>Homosexualité 3 (3,33)</p> <p>Culture 2 (4,5)</p>

Le noyau central de la représentation de la population favorable regroupe de façon assez similaire les mêmes représentations de la même population sur la GPA seule.

4.2 Concernant la population défavorable

Rang moyen : 2,94 Fréquence moyenne : 6	Termes inférieurs au rang moyen :	Termes supérieurs au rang moyen :
Termes supérieurs à la fréquence moyenne :	<p>Cadre législatif 28 (2,93)</p> <p>Commerce 21 (2,62)</p> <p>Problème d'attachement 16 (2,31)</p> <p>Esclavage 16 (2,38)</p> <p>Femme objet 8 (1,75)</p> <p>Abandon 7 (2,71)</p>	<p>Problème d'éthique 32 (3,19)</p> <p>Risques 17 (3,35)</p> <p>Don 13 (3,62)</p>
Terme inférieurs à la fréquence moyenne :	<p>Problème psychologique 6 (2,84)</p> <p>Difficultés 2 (2)</p> <p>Inconcevable 2 (1)</p> <p>Mère porteuse 2 (2)</p>	<p>Indications médicales 6 (3,33)</p> <p>Enfant objet 2 (3)</p> <p>Espoir 2 (4,5)</p> <p>Tourisme procréatif 2 (5)</p>

Le noyau central de la représentation de la population défavorable regroupe lui aussi de façon assez similaire les mêmes représentations de la même population sur la GPA seule, le CADRE LEGISLATIF devenant alors essentiel.

5. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS MEDICAUX D'AMP SUR L'ORIENTATION DES COUPLES DEMANDEURS D'UNE GPA

5.1 Etude des informations données sur la GPA par les professionnels d'AMP

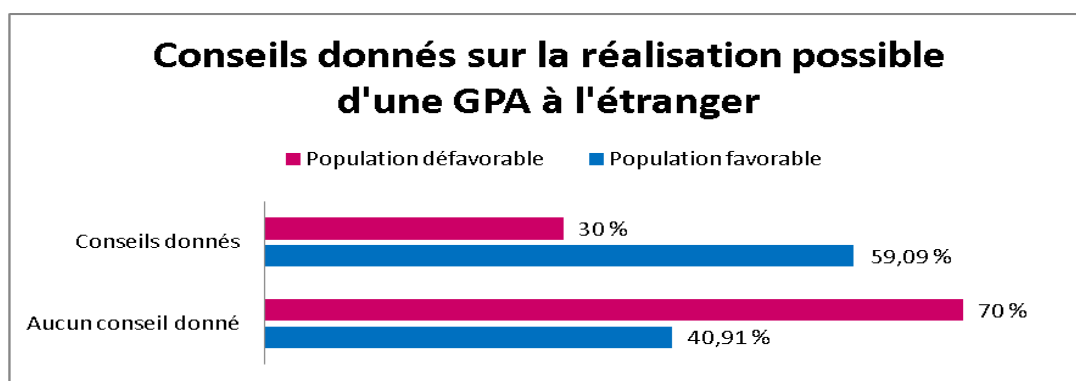
5.1.1 Demande d'informations des couples sur la GPA

Les demandes de couples se sont portées vers :

- 44,9% des professionnels favorables à la GPA,
- 31,75% (seulement) des professionnels défavorables à la GPA.

La distribution des demandes des couples est hétérogène.

5.1.2 Conseils donnés sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger



Dans la population favorable, les professionnels ayant eu des demandes d'informations de la part des couples et les ayant ensuite renseigné sur la

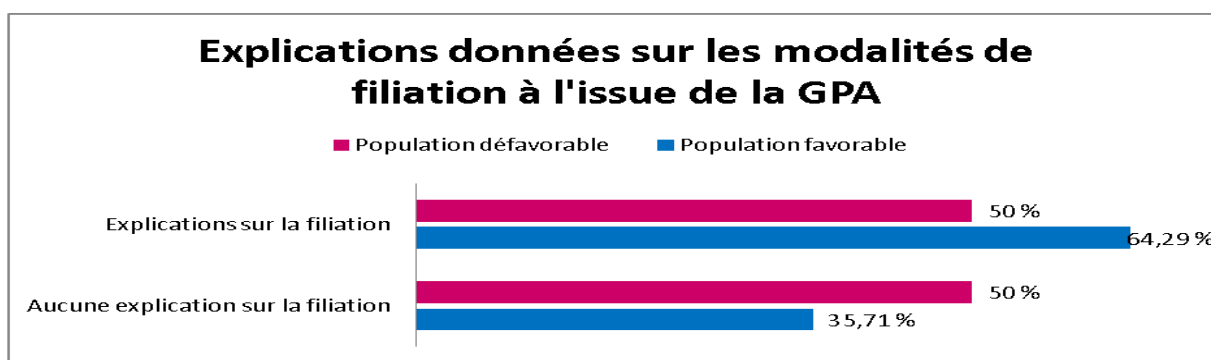
réalisation possible d'une GPA à l'étranger sont majoritaires : ils représentent 59%.

Dans la population de professionnels défavorables à la GPA, nous notons qu'environ un tiers d'entre eux ont renseigné les couples sur la réalisation d'une GPA à l'étranger (30%).

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de χ^2 en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

Or, la valeur de p est de 0,015 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre l'avis des professionnels sur la légalisation de la GPA et la dispensation de conseils aux couples sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger, avec un indice de confiance de 95%.

5.1.3 Explications données sur les modalités de filiation à l'issue de la GPA

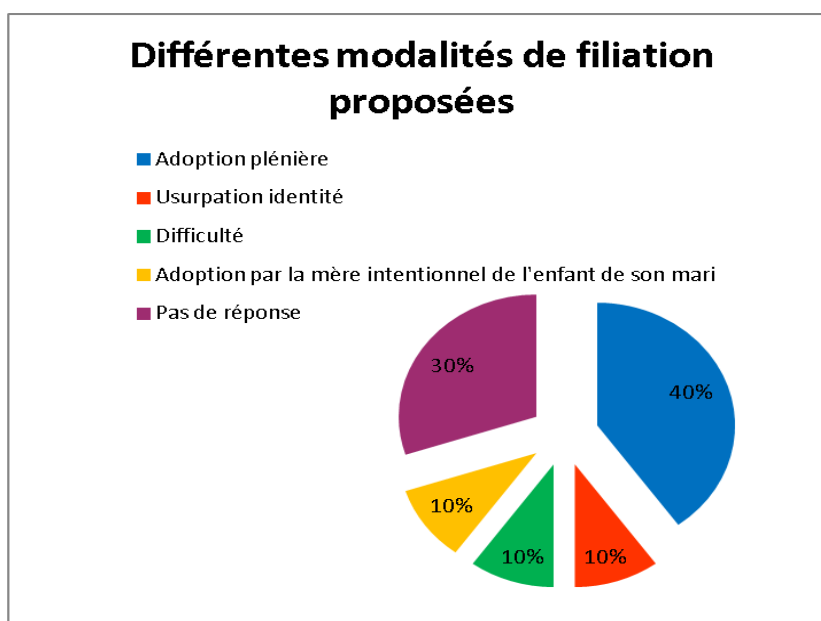


Dans la population de professionnels favorables ayant donné des informations aux couples sur la réalisation d'une GPA à l'étranger, ceux ayant donné des explications sur les modalités de filiation par la suite, sont encore une fois, majoritaires à 64,29%.

Pour les professionnels défavorables ayant donné des informations aux couples sur la réalisation d'une GPA à l'étranger, la moitié les ont également informé sur les modalités de filiation par la suite de l'enfant né par GPA à leur retour en France.

5.2 Explication sur les modalités de filiation d'un enfant né par GPA

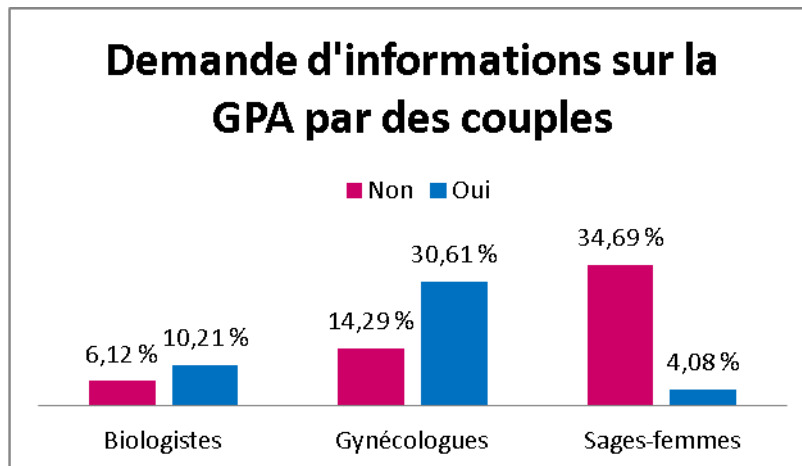
(Concerne uniquement les professionnels ayant donné des conseils sur la réalisation d'une GPA à l'étranger)



- 40% proposent une adoption plénière,
- 30% des professionnels n'ont pas répondu à la question,
- 10% proposent une usurpation d'identité,
- 10% parlent de difficultés pour la filiation à la suite d'une GPA,
- 10% proposent que la mère intentionnelle adopte l'enfant de son mari.

5.3 Pratique d'orientation des couples demandeurs d'une GPA selon la profession exercée

5.3.1 Concernant la population favorable



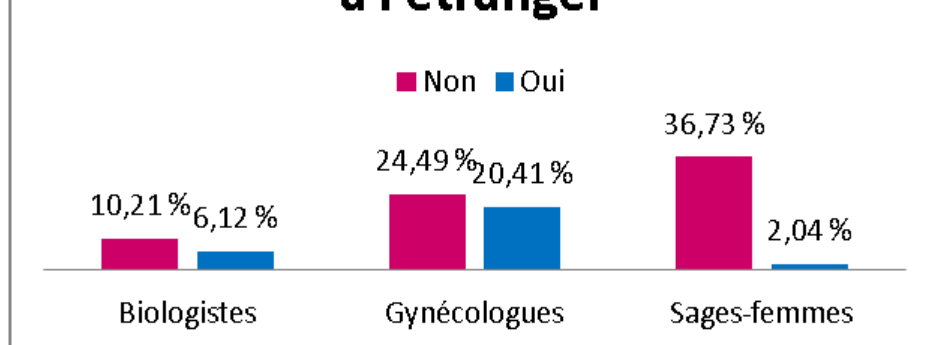
On voit que très peu d'informations sont demandées aux biologistes (10,21%) et aux sages-femmes (4,08%), alors que les gynécologues reçoivent le plus de demandes d'informations (30,6%).

Cependant dans la population des biologistes, les demandes d'informations (10,21%) sont plus nombreuses que l'absence de demande (6,12%), contrairement aux sages-femmes où la tendance est nettement inversée (34,69 % versus 4,08%).

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de χ^2 en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

Or, la valeur de p est de 0,001 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre la profession exercée dans la population favorable et les demandes d'informations des couples sur la GPA, avec un indice de confiance de 95%.

Conseils donnés sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger



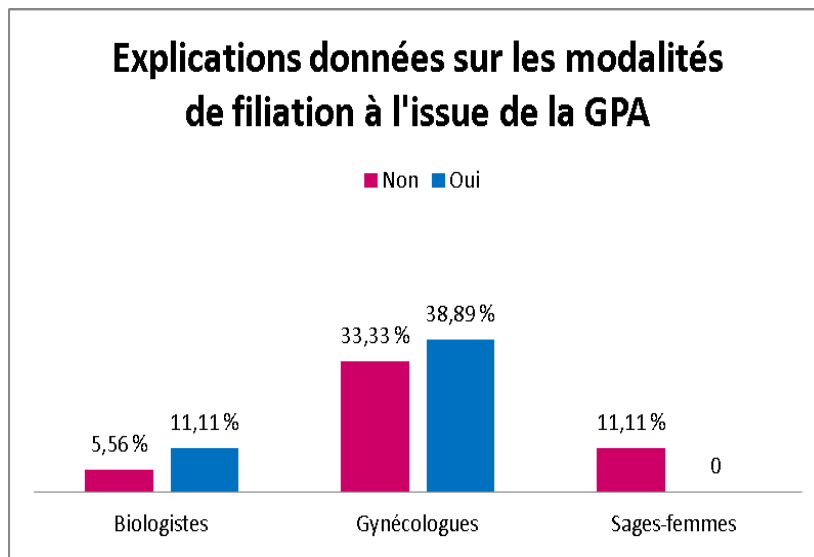
Dans la population favorable, les biologistes sont plus nombreux à ne pas donner de conseils sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger (10,21%), que ceux qui donnent des conseils (6,12%).

Il en est de même pour les gynécologues, ceux ne donnant pas de conseils sont plus nombreux (24,49%) que ceux qui en donnent (20,41%).

Pour les sages-femmes, elles sont peu à donner des conseils sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger (2,04%), que celles n'en donnant pas (36,73%).

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de χ^2 en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

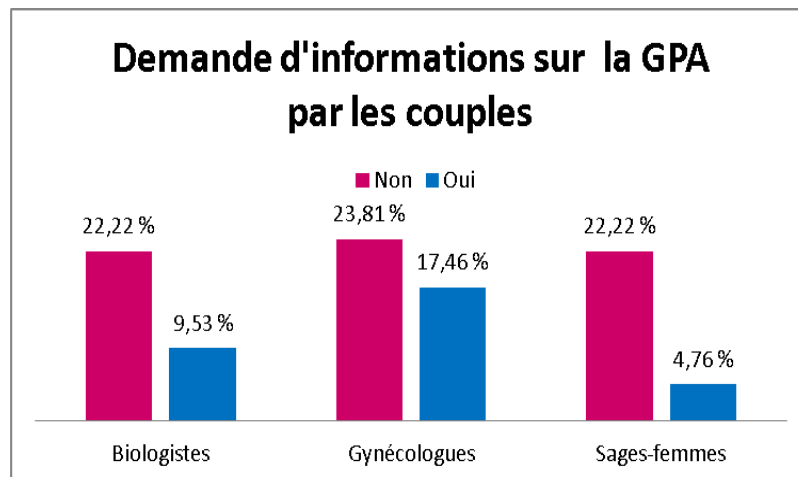
Or, la valeur de p est de 0,014 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre la profession exercée dans la population favorable et la dispensation de conseils aux couples sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger, avec un indice de confiance de 95%.



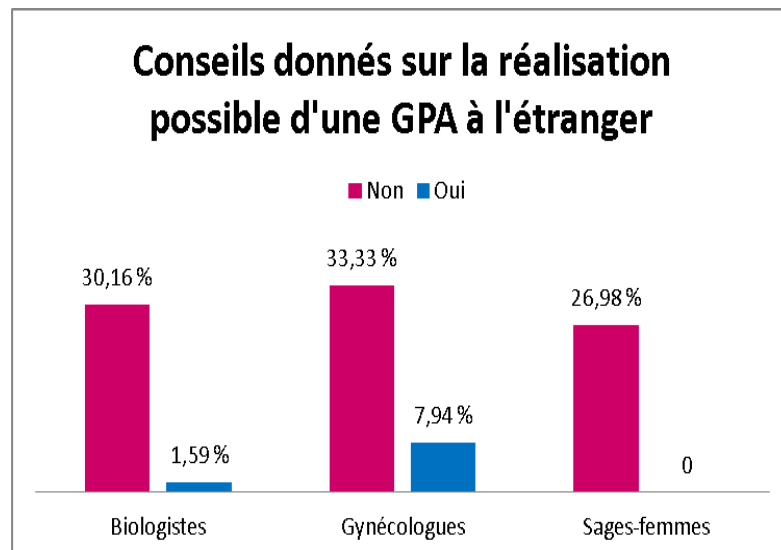
Pour les biologistes et les gynécologues, les tendances se ré-inversent, il y a plus de professionnels qui expliquent les modalités de filiation que ceux qui ne les expliquent pas :

- pour les gynécologues, 38,89% ont donné des explications, contre 33,33% qui n'en ont pas donné,
- pour les biologistes, 11,11% ont donné des explications sur les modalités de filiation à l'issue de la GPA, contre 5,56% qui n'en ont pas donné.
- pour les sages-femmes, les tendances restent les mêmes qu'au départ : il n'y a jamais d'explication des modalités de filiation de leur part.

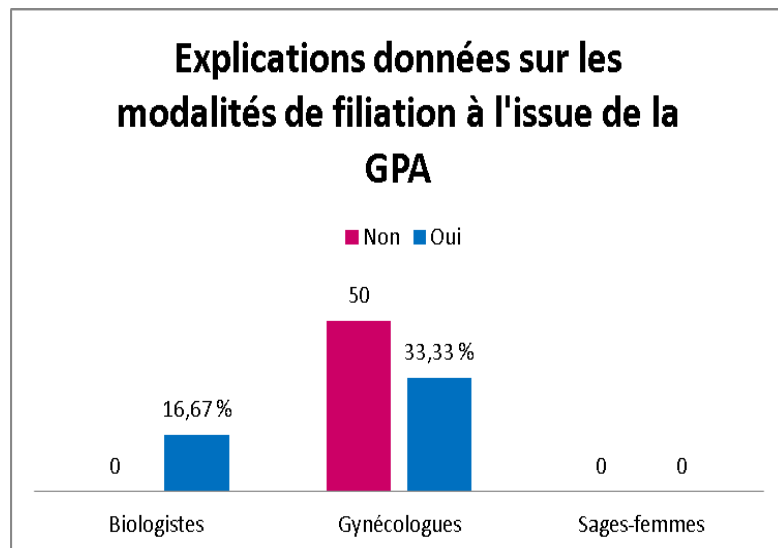
5.3.2 Concernant la population défavorable



Contrairement à la population favorable, nous retrouvons pour chaque profession, que les professionnels à qui on n'a pas demandé d'information sont plus nombreux que ceux à qui ont en a demandé.



La population de professionnels défavorables conseille dans son ensemble peu les couples sur la réalisation d'une GPA à l'étranger.



Tous les biologistes ayant donné des conseils sur la réalisation d'une GPA à l'étranger, ont également informé les couples sur les modalités de filiation.

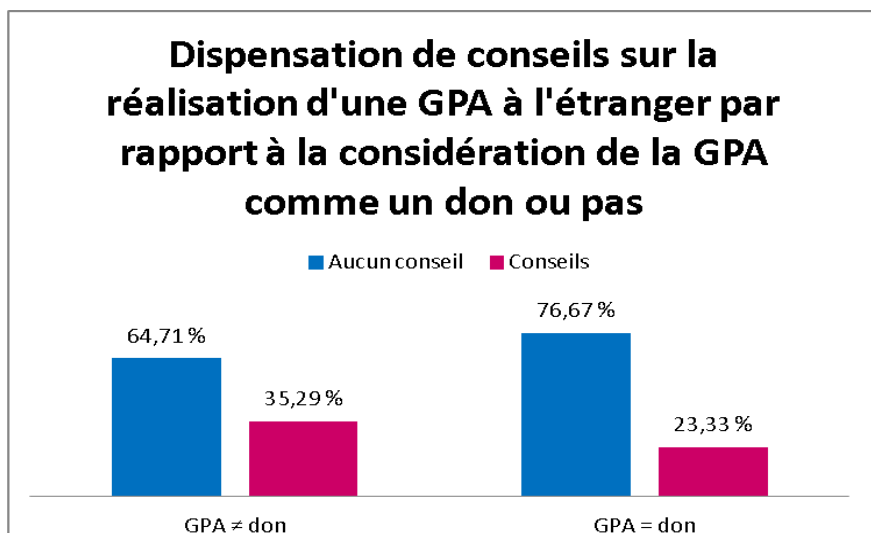
Aucune sage-femme n'a informé sur les modalités de filiation du fait qu'aucune d'entre elles n'avaient donné de conseils sur la réalisation d'une GPA à l'étranger.

Pour les gynécologues, ils sont majoritaires dans le fait de ne pas donner d'explication sur les modalités de filiation (50% de la population défavorable).

5.4 Avis des professionnels sur le fait d'apparenter la GPA à un don

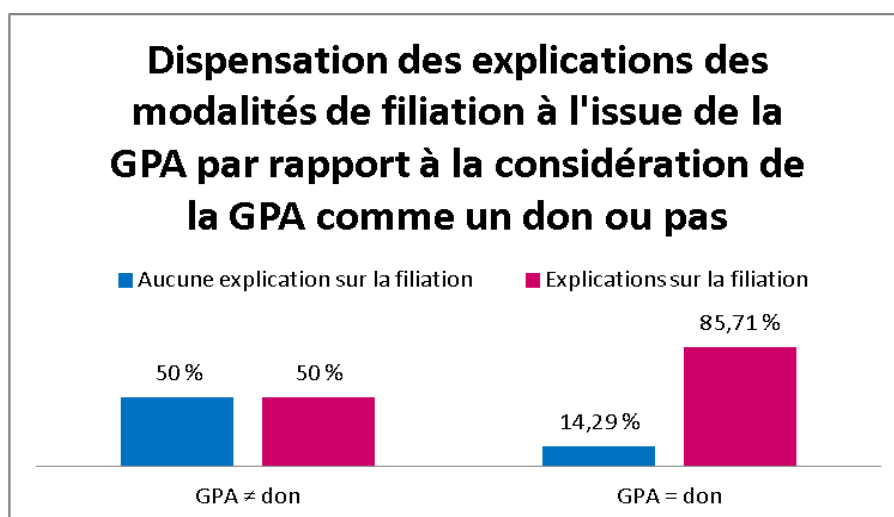
5.4.1 Concernant la population favorable

Dans la population favorable, 61,22% pensent que la GPA peut être assimilée à un don.



Les professionnels pour qui la GPA est différente d'un don ont donné plus de conseils (35,29%) que les professionnels pour qui la GPA peut être assimilée à un don (23,33%).

Dans les deux cas, ils sont cependant plus nombreux à ne pas avoir donné de conseils qu'à en avoir donnés.

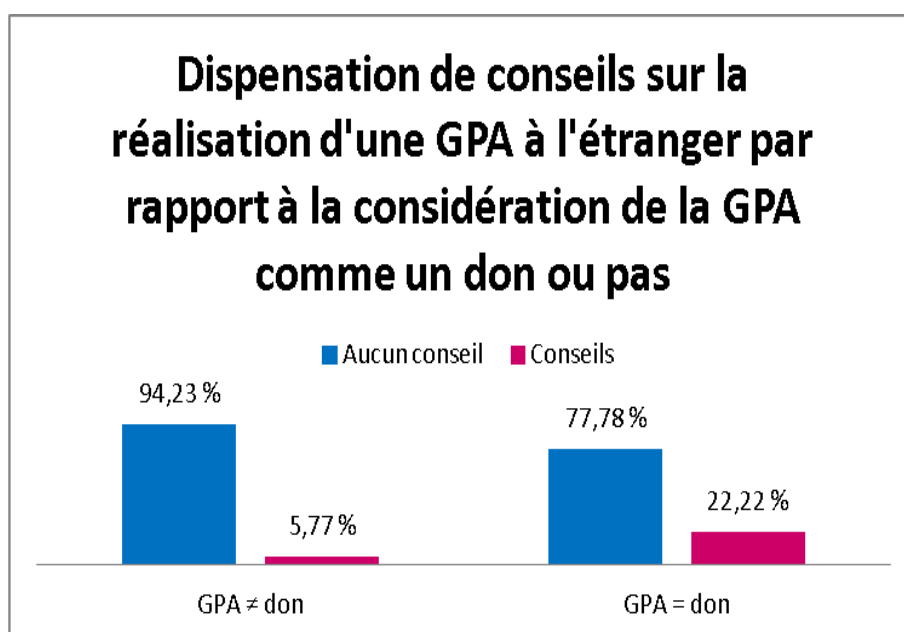


Dans les cas où la GPA n'est pas une forme de don, il y a autant de professionnels qui n'ont pas donné d'explications sur la filiation que de professionnels qui en ont données.

Au contraire, les professionnels pour qui la GPA est une forme de don sont une grande majorité à avoir donné des explications sur les modalités de filiation à l'issue d'une GPA (85,71%).

5.4.2 Concernant la population défavorable

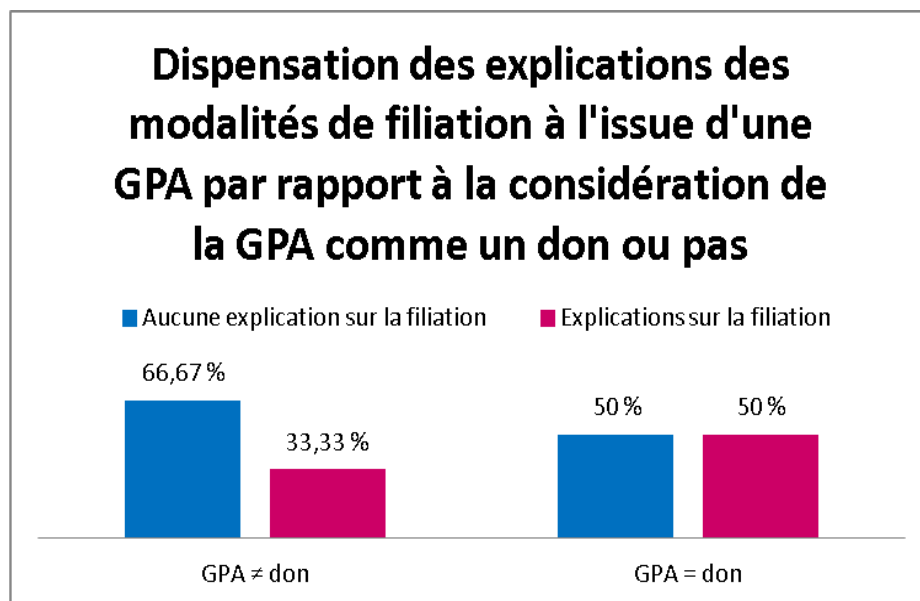
Dans la population défavorable, 78,79% pensent que la GPA ne peut pas être assimilée à un don.



Les professionnels défavorables n'ont, en grande majorité, pas donné de conseils aux couples sur la réalisation d'une GPA à l'étranger, que se soit dans le cas où il assimile la GPA à un don (77,78%), ou dans le cas où la GPA n'est pas assimilée à un don (94,23%).

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de chi² en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

Or, la valeur de p est de 0,001 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre la considération de la GPA comme un don ou non et la dispensation de conseils aux couples sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger, avec un indice de confiance de 95%.



Dans la population défavorable, les professionnels pour qui la GPA n'est pas assimilée à un don, n'ont majoritairement pas donné des explications sur les modalités de filiation (66,67%).

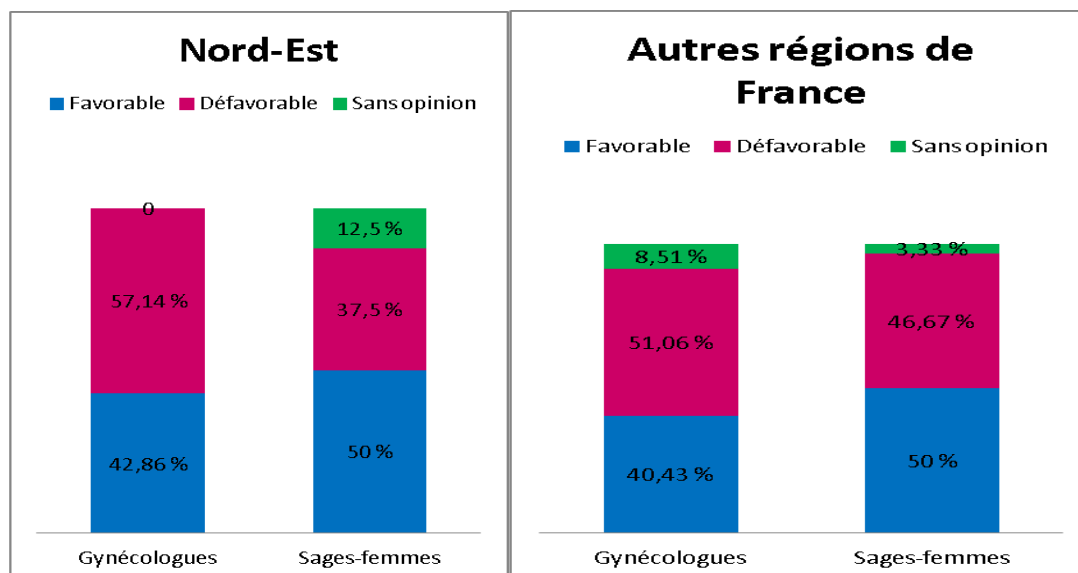
Les professionnels pour qui la GPA est assimilée à un don sont autant à avoir donné des explications sur les modalités filiation qu'à ne pas en avoir donné.

5.5 Distribution géographique des centres d'AMP selon le positionnement favorable ou défavorable

Une étude géographique a été faite par la suite pour voir si les centres d'AMP frontaliers d'un pays où la GPA est légalisée (exemple : la Belgique) avaient une singularité d'opinion.

Les centres d'AMP frontaliers à la Belgique sont ceux du nord-est et représentent 4 centres pour notre étude.

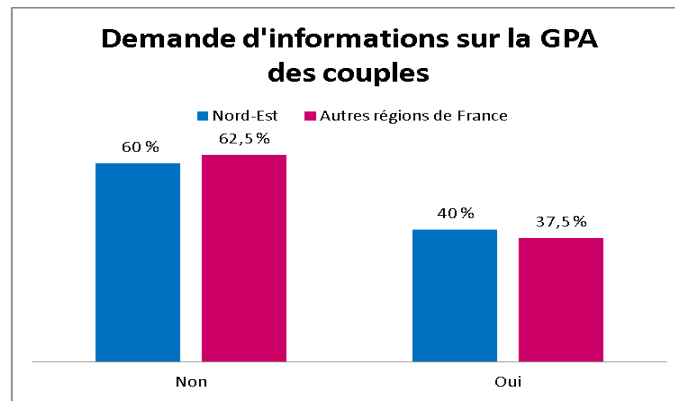
Les autres centres d'AMP de la France représentent 15 centres.



Dans les autres régions de France, les gynécologues sont moins favorables (40,43%) que dans le nord-est (42,86%).

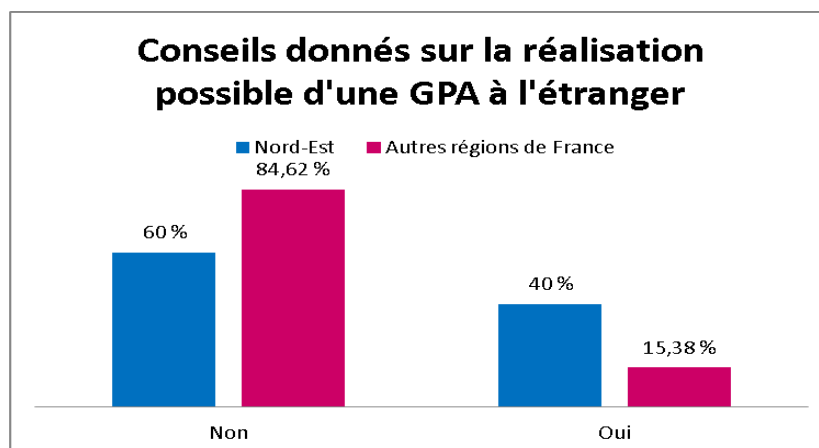
Pour les sages-femmes, elles sont autant favorables dans le nord-est que dans les autres régions de France.

5.5.1 Demande d'informations par les couples sur la GPA



Les professionnels des régions du nord-est n'ont pas eu majoritairement de demande d'informations sur la GPA de la part des couples : 60%. Il en est de même pour les professionnels des autres régions de France : 62,5%.

5.5.2 Conseils donnés sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger

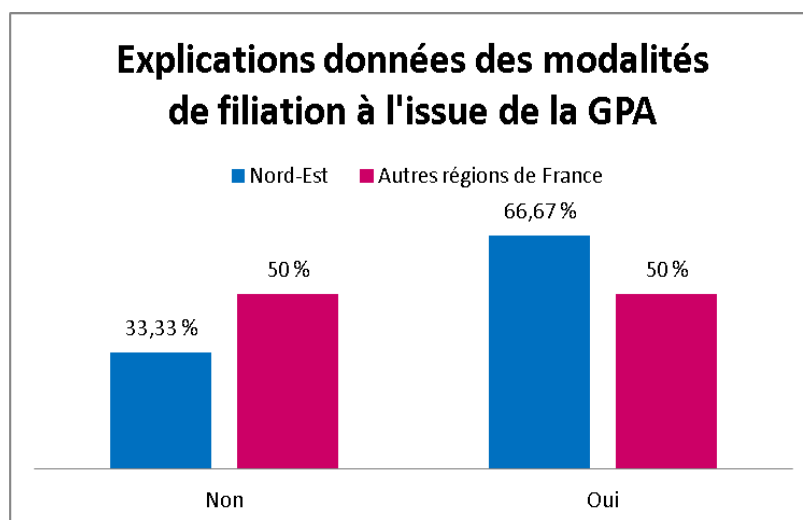


Les professionnels des régions du nord-est ont conseillé les couples sur la réalisation d'un GPA à l'étranger à hauteur de 40%. Les professionnels des autres régions de France ne les ont conseillés qu'à 15,38%.

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de χ^2 en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

Or, la valeur de p est de 0,012 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre la dispensation de conseils aux couples sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger et la distribution géographique des professionnels, avec un indice de confiance de 95%.

5.5.3 Explications données des modalités de filiation à l'issue de la GPA



Les professionnels des régions du nord-est ont majoritairement expliqué les modalités de filiation aux couples à l'issue de la GPA : 66,67%.

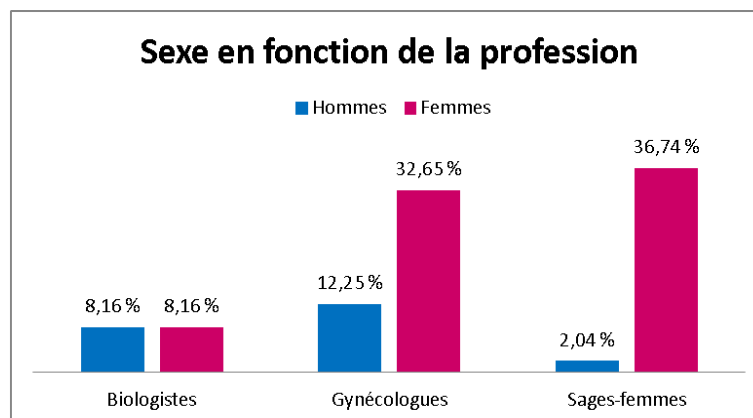
Les professionnels des autres régions de France sont autant à voir expliqué les modalités de filiation que ceux ne les ayant pas expliquées.

6. VARIABLES AYANT UN LIEN GENERAL AVEC LE POSITIONNEMENT EN FAVEUR OU NON DE LA GPA

6.1 Concernant la population favorable

6.1.1 Représentation du sexe

6.1.1.1 Représentation du sexe en fonction de la profession



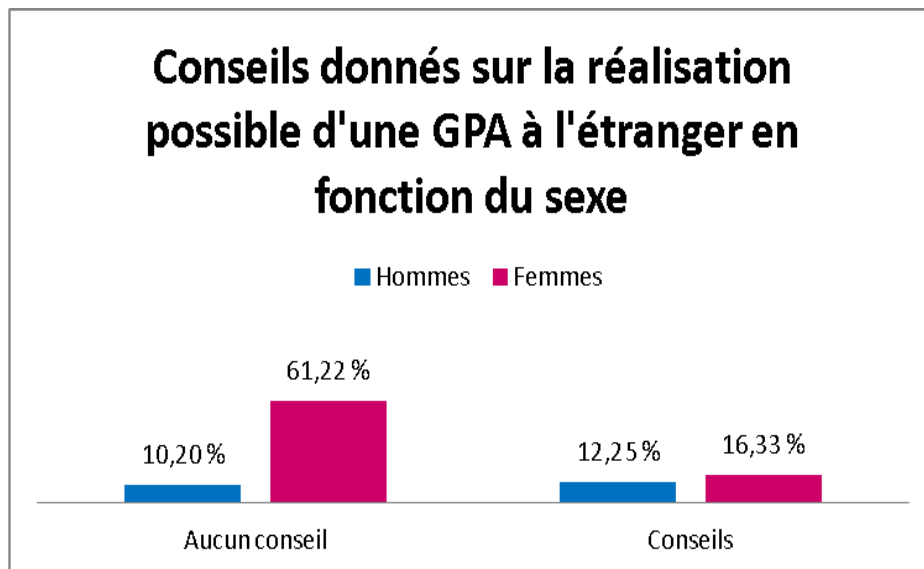
Les femmes sont majoritaires dans chaque profession à avoir répondu aux questionnaires (80,33% versus 19,67%).

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de χ^2 en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

Or, la valeur de p est de 0,03 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre le sexe des professionnels et la profession exercée, avec un indice de confiance de 95%.

Significativement, les hommes sont plus favorables que les femmes

6.1.1.2 Représentation du sexe en fonction des conseils donnés au couple pour la réalisation possible d'une GPA à l'étranger

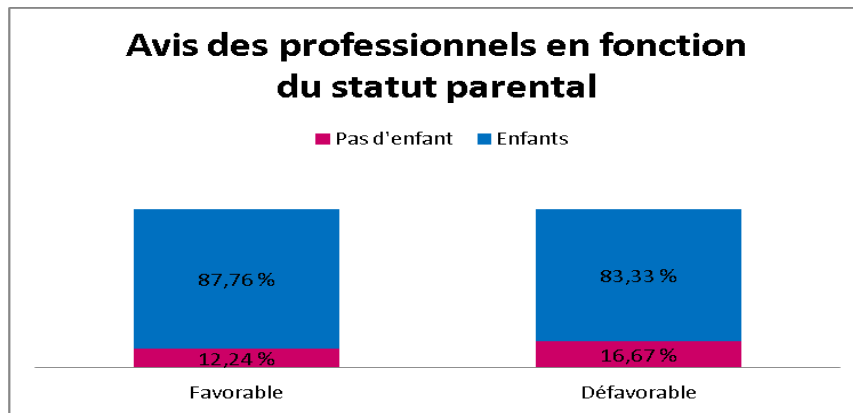


Les femmes sont majoritaires à ne pas donner de conseils sur la réalisation d'une GPA à l'étranger (61,22% versus 16,33%), alors que les hommes sont autant à en donner qu'à ne pas en donner (12,25% versus 10,20%).

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de χ^2 en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

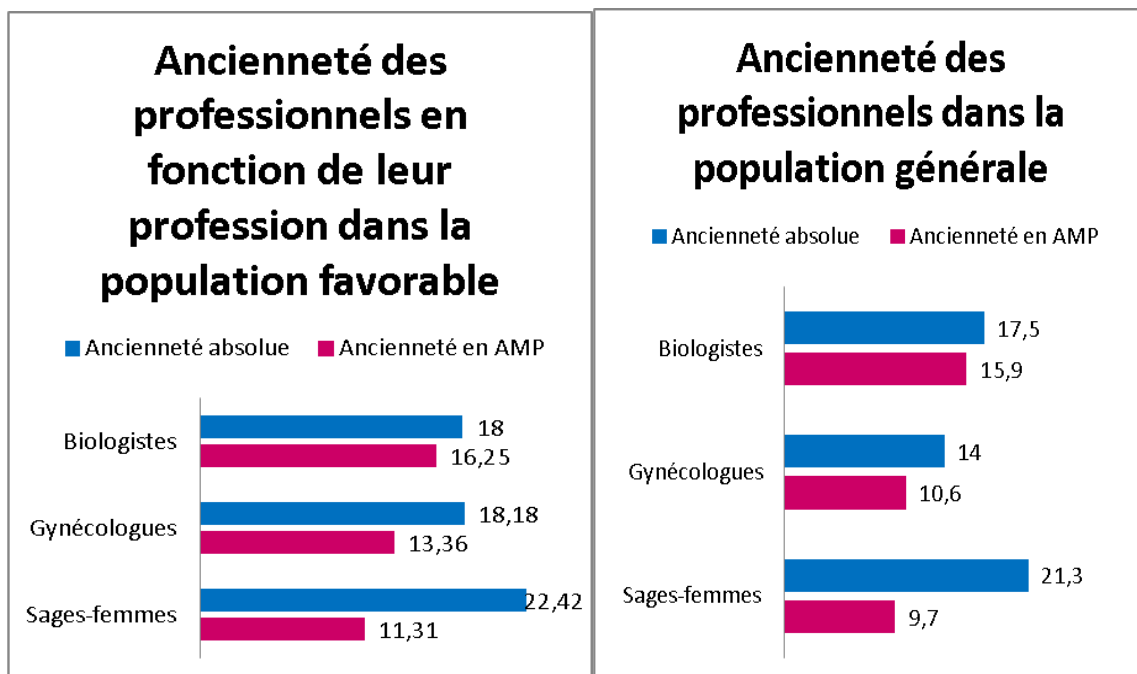
Or, la valeur de p est de 0,03 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre le sexe des professionnels et la dispensation de conseils aux couples sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger, avec un indice de confiance de 95%.

6.1.2 Positionnement des professionnels face à la GPA en fonction de leur statut parental



Le fait d'avoir des enfants ou non ne modifie pas significativement l'avis des professionnels des centres d'AMP sur la légalisation de la GPA.

6.1.3 L'ancienneté



L'ancienneté n'est pas un facteur discriminant sur le positionnement favorable à la GPA.

6.2 Concernant la population défavorable

6.2.1 Représentation du sexe

6.2.1.1 Représentation du sexe en fonction de la profession

Les femmes sont majoritaires dans chaque profession à avoir répondu aux questionnaires (80,33% versus 19,67%).

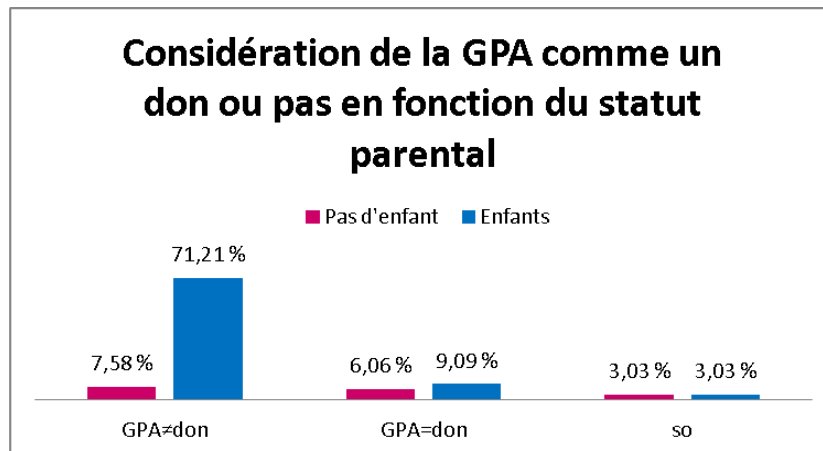
Dans la population défavorable, aucun lien entre la profession et le sexe ne se dégage.

6.2.1.2 Le sexe versus les conseils donnés au couple pour la réalisation d'une GPA à l'étranger

Dans la population défavorable, les femmes ne donnant pas de conseils sur la réalisation d'un GPA à l'étranger sont plus nombreuses (90,57%), que celles qui en donnent (9,43%).

Il en est de même pour les hommes, ceux ne donnant pas de conseil sont en grande majorité (90%), par rapport à ceux en donnant (10%).

6.2.2 Positionnement des professionnels sur la considération de la GPA comme un don en fonction de leur statut parental



Les professionnels défavorables à la GPA qui de plus n'assimilent pas la GPA à un don ont de façon significative des enfants.

Avec un risque α placé à 5 %, nous effectuons un test de χ^2 en posant l'hypothèse que nos variables qualitatives étudiées sont indépendantes.

Or, la valeur de p est de 0,011 ce qui nous fait rejeter significativement cette hypothèse. Il existe donc statistiquement un lien entre la considération de la GPA comme un don ou non et le statut parental des professionnels défavorables, avec un indice de confiance de 95%.

QUATRIEME PARTIE : L'ANALYSE ET LA DISCUSSION

1. CONCERNANT LA POPULATION ETUDIEE

La population générale regroupe une même classe d'âge, entre 40 et 45 ans, ce qui nous fait dire que nous avons étudié une **même génération**, née dans les années 70.

Autant pour les gynécologues que pour les biologistes, le fait de travailler en AMP se fait très **majoritairement en début de carrière**. Pour les sages-femmes au contraire, leur ancienneté en AMP est aussi importante que la durée d'exercice passée dans un ou plusieurs autres secteurs d'activité. Ce fait s'explique par l'intérêt des sages-femmes en début de carrière pour des secteurs d'activité en lien avec leur cœur de métier (salles de naissances, suites de couche...).

L'ancienneté en AMP est d'environ 15 ans pour les biologistes ; elle est **un tiers moins importante** pour les gynécologues et les sages-femmes.

2. VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

2.1 Hypothèse principale

« Les représentations éthiques et sociales des professionnels médicaux d'AMP : cliniciens (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes) et biologistes, sont différentes en fonction de leur positionnement sur la légalisation de la GPA en France (favorables versus défavorables). »

✚ Concernant la légalisation de la GPA :

- les biologistes sont **à 70% défavorables** à la légalisation de la GPA,
- les cliniciens (gynécologues et sages-femmes) sont moins défavorables **(48.91%)**.

Parmi les cliniciens, nous observons que ce sont les sages-femmes qui sont les plus favorables à la légalisation de la GPA mais **à 50% seulement**.

✚ Concernant les représentations de la GPA :

Nous avons vu que :

- le noyau central de la représentation de la population défavorable regroupe une notion primordiale de COMMERCE autour de la MERE PORTEUSE qui la réduit en FEMME OBJET, en ESCLAVAGE. La population défavorable est consciente cependant des INDICATIONS MEDICALES sous tendues par la notion de GPA.
- le noyau central de la représentation de la population favorable regroupe une notion primordiale de DON complexe qui doit s'inscrire dans un CADRE LEGISLATIF, encadré par des INDICATIONS MEDICALES.

La population favorable est consciente cependant des PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES sous tendus par la notion de GPA.

Si les noyaux centraux des représentations favorables et défavorables à la GPA présentent des réflexions construites dans le sens où elles sont modulées (modérées) par un élément essentiel du système de la représentation opposée.

Ainsi, la population défavorable à la GPA convient qu'il existe des indications médicales ; et la favorable : des problèmes psychologiques inhérents à sa pratique.

De plus chaque population a des représentations très ouvertes avec des noyaux périphériques ou des zones de changements comportant au moins les 2/3 des éléments de la représentation opposée (= mots en communs). Les représentations sont donc au total constituées d'éléments assez semblables.

Comme conséquence, nous n'avons pu établir des représentations plus fines, propres aux différents professionnels médicaux exerçant en PMA.

Au-delà, nous avançons plusieurs hypothèses pour expliquer ce constat :

- l'existence d'échanges oraux sur le sujet entre professionnels d'un même centre en amont ou simultanément au remplissage du questionnaire,
- une très bonne connaissance individuelle de la problématique éthique sous tendue par la GPA.

Il demeure que les populations favorables et défavorables ont illustré par la **richesse** de leurs représentations **la totalité du champ philosophique et éthique** que nous avons envisagé en première partie.

Ainsi, les arguments de la chosification de la femme, de son exploitation (*femme objet*), de son aliénation (*tourisme procréatif*) d'elle et de son enfant (*enfant objet*) ont été envisagés.

Les problématiques autour du principe de l'indisponibilité du corps humain et de l'état des personnes (place de *l'adoption* ?) ont été également soulevées.

Une réflexion positiviste autour du *don*, de la dignité de la femme reste aussi empreinte d'*espoir*, de *chances* pour les uns ou de *faux espoirs* pour les autres.

Il reste que si la GPA est *impossible* légalement ce jour pour la population défavorable, c'est une *réalité* pour la population favorable.

Nous retenons également que quelques modalités potentielles et illégales de filiation ont été citées par les professionnels : allant de l'adoption plénière à l'usurpation d'identité. Ces modalités qui sont véhiculées par les associations parentales semblent très bien connues des professionnels

Au total, notre hypothèse est partiellement validée.

2.2 Hypothèse secondaire

« En terme d'information, les cliniciens d'AMP (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes) sont amenés à orienter les couples vers la réalisation d'une GPA à l'étranger au contraire des biologistes qui ne dispensent pas cet élément. »

✚ Concernant la population favorable :

Nous avons montrés significativement ($p=0.015$) que la dispensation de conseils aux couples était en lien avec l'avis des professionnels sur la légalisation de la GPA.

Il fut donc logique de trouver significativement que les biologistes donnaient moins de conseils que les gynécologues car ce sont les plus opposés à la GPA ($p=0.001$).

La situation des sages-femmes peut paraître paradoxale car ce sont elles les plus favorables à la GPA mais ce sont aussi elles qui dispensent le moins de conseils.

En fait, cela s'explique par le fait que les sages-femmes ne sont pas l'interlocuteur privilégié des couples pour ces questions. Ce sont les gynécologues qui sont la référence des couples sur cette demande ($p=0.001$).

Au-delà des conseils, les mêmes professionnels poursuivent leur logique d'information en indiquant aux couples :

- la réalisation possible d'une GPA à l'étranger ($p= 0.014$),
- les modalités possibles d'une filiation issue d'une GPA (non significatif).

✚ Concernant la population défavorable :

Il convient de noter qu'1.5% des biologistes et 7.94% des gynécologues informent les couples demandeurs de conseils sur la GPA alors qu'ils y sont défavorables et que la GPA est actuellement interdite en France.

Au-delà des conseils, les mêmes professionnels poursuivent leur logique d'information, comme la population favorable, en indiquant aux couples les modalités possibles d'une filiation à l'issue d'une GPA (non significatif).

Nous expliquons ce phénomène par la richesse des représentations et l'importance des zones de changements qui peuvent moduler (assouplir) le positionnement des professionnels en particulier si une INDICATION MEDICALE est présente. En effet, nous avons montré qu'elle fait partie du noyau central de la représentation de la population défavorable.

Au total, notre hypothèse secondaire est validée.

3. REFLEXIONS

3.1 Place des sages femmes

Les sages-femmes sont les plus favorables à la GPA mais elles ont le moins de demande d'information de la part des couples sur la GPA. Elles donnent logiquement moins de conseils sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger et sur les modalités de filiation à l'issue de celle-ci.

Nous posons l'hypothèse que dans les centres d'AMP, la sage-femme doit être perçue par les couples comme ayant un rôle strict d'accompagnement. Celui qui réalise l'acte pour que les couples deviennent parents, c'est le médecin. On peut donc supposer que c'est pour cela que les couples demandent plus d'informations aux médecins qu'à la sage-femme. En l'occurrence, le gynécologue est surement le plus interpellé car il connaît déjà « l'intimité » du couple ce qui doit développer une relation thérapeutique singulière.

Comment expliquer alors le positionnement spécifique des sages-femmes sur la GPA ?

Nous pensons que les sages-femmes bénéficient d'une ouverture d'esprit liée à leur corps de métier empreint de pratiques culturelles différentes.

Leur solide formation initiale développée en sciences humaines et en éthique doit probablement jouer également un rôle dans ce phénomène.

De plus, nous avançons aussi que par leur plus grande ancienneté absolue d'exercice, cela doit favoriser leur esprit de modération dans des pratiques médicales légitimes ou non.

3.2 Entre Don et GPA

La notion de don est un élément discriminant important ($p=0,04$) entre la population favorable à la GPA (61.22% pensent que la GPA est un don) et la population défavorable (21.21% seulement).

De façon très significative, les professionnels défavorables à la GPA qui n'assimilent pas la GPA à un don, ont de façon significative des enfants ($p=0,011$). Nous pouvons supposer ici l'importance d'une résonance interne prégnante dans ce phénomène.

De plus, dans la population favorable, les professionnels médicaux qui pensent que la GPA peut s'associer à un don font bénéficier pourtant d'environ deux fois moins d'informations les couples demandeurs sur la réalisation d'une GPA à l'étranger.

Une première réflexion permet de décrire ce paradoxe par le fait qu'il peut exister un amalgame ou bien une confusion entre la notion de don pour la GPA et les autres formes de dons possibles et légaux en médecine (transfusion, greffes diverses).

Il est légitime de penser que pour bon nombre de ces professionnels, la GPA est donc à dissocier des autres formes de dons médicaux ; cette différence agirait comme un frein dans la dispensation de conseils aux couples.

Il faut également avancer une « communauté » des représentations que nous avons déjà évoquée qui peut faire évoluer rapidement le positionnement des professionnels sur la question.

3.3 Effet du sexe du professionnel sur la GPA

Dans la population favorable, il est intéressant de remarquer de façon très significative ($p=0,03$) qu'il existe une corrélation entre le sexe et la dispensation d'explications sur les modalités de filiation à l'issue de la GPA.

Ainsi ce sont les hommes, qui pourtant très minoritaires dans notre population générale, conseillent quasi autant les couples que leurs collègues féminines.

Dans la population favorable, les hommes sont significativement en faveur de la légalisation de la GPA. Ce fait se retrouve également dans la population défavorable, mais il n'est pas significatif.

Dès lors, nous avançons le fait que l'homme est peut être plus permissif sur le sujet. Il laisserait libre cours à ses idées plus facilement dans un cadre illégal que la femme qui s'en tiendrait au cadre législatif en vigueur.

3.4 Lien entre la situation géographique du centre d'AMP et nos variables

Les couples bénéficiant d'un parcours d'AMP dans les centres du Nord-est demandent beaucoup plus de conseils sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger, et ce de façon significative ($p=0.022$).

Les professionnels du Nord-est informent les couples sur les modalités de filiation à l'issue de la GPA de façon plus marquée que dans les autres régions de France.

Nous pensons que la situation d'un centre d'AMP « frontalier » d'un pays ayant légalisé la GPA (Belgique en l'occurrence) peut engendrer ce phénomène que nous qualifions de proximité.

3.5 Hypothèse sur l'attitude comportementale en fonction du positionnement sur la GPA

La comparaison des professionnels favorables et défavorables à la GPA sur l'item demande d'informations de la part des couples montre de façon différente qu'environ 45% des professionnels favorables ont une demande contre environ 31% seulement.

Cette tendance non significative laisse cependant supposer plusieurs hypothèses :

- les professionnels favorables ont une communication qui facilite les interactions avec les couples qui se sentent plus à même de demander des informations,

- les professionnels favorables devancent la demande des couples et les orientent initialement sur cette possibilité, pourtant illégale en France.
- les professionnels défavorables adoptent un statut rédhibitoire et éludent ces questions.

3.6 Points faibles de l'étude

✚ Population étudiée :

Les questionnaires n'ont été adressés qu'aux professionnels médicaux des centres d'AMP dont le chef de service a accepté notre étude.

Si un centre d'AMP (de la région Nord Est), nous a motivé son refus par le principe de non anonymat de notre étude ; les autres décisions n'ont pas été clairement expliquées.

Il aurait été intéressant de proposer à ces centres un questionnaire anonyme par la suite que nous aurions étudié avec la même méthodologie mais de façon isolée.

✚ Existence d'un biais potentiel concernant l'ancienneté des professionnels :

Autant pour les gynécologues que pour les biologistes, le fait de travailler en AMP se fait dès le début de carrière, alors que pour les sages-femmes, leur ancienneté est aussi importante en AMP que dans un autre secteur.

3.7 Points forts de l'étude

+ Absence de biais générationnel :

La population générale regroupe une même classe d'âge entre 40 et 45 ans.

+ La représentativité des professions médicales :

Les retours de questionnaires ont montré qu'aussi bien les gynécologues, les biologistes ou les sages-femmes se sont impliqués et sont représentés de façon satisfaisante dans notre étude.

Notre sujet d'actualités a retenu l'attention des professionnels.

Certains ont également manifesté leur intérêt réel à connaître les conclusions de notre étude qui se positionne donc comme une attente pour certains professionnels.

CONCLUSION

Nous nous sommes intéressés à la problématique de la GPA dans les centres d'AMP rattachés à des C.H.U en France. Les professionnels médicaux qui y travaillent ont des positionnements différents sur le sujet en fonction de leur métier, de leur sexe et probablement en fonction de leur situation géographique d'exercice.

Etre favorable ou non à la GPA implique aussi des positionnements variés car les représentations sociales ou éthiques sont riches et propices aux changements.

Notre sujet d'étude a ainsi résonné pour chacun dans une actualité encore récente de révision des lois de bioéthique.

Si la GPA reste interdite en France, il existe différents positionnements médicaux qui l'orientent vers des pays ayant encadré plus ou moins sa pratique.

Est-ce légal ou illégal ?

C'est à chacun de trancher cette question en son âme et conscience. Ce qui est sur, c'est qu'il s'agit d'une réflexion humaine construite.

Pour finir sur cette idée, il est intéressant d'observer qu'il existe beaucoup d'affaires qui condamnent actuellement des médecins pour euthanasie active ou facilitée alors qu'il n'y a aucune corolaire à l'autre extrême de la vie, sur la GPA.

La société serait-elle plus souple sur l'illégalité dans le droit à la vie que l'illégalité dans le droit à la mort ?

Ou notre société serait-elle déjà en attente d'une future révision des lois de bioéthique et du statut de la GPA en France ?

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

ADAM Cécile

Téléphone : 05-55-08-61-29

Etudiante sage-femme 3^{ème} année

Ecole de sages-femmes du CHRU de Limoges

HOPITAL DU CLUZEAU

23, avenue Dominique Larrey

87042 Limoges Cedex

Téléphone : 05-55-05-64-66

Limoges, le 8 juin 2011

Maître de mémoire : Julie ROUMIGUIERES,

Sage-femme au centre d'AMP de Limoges

Dans le cadre du diplôme d'état de sage-femme, je réalise un mémoire sur les représentations des professionnels de santé des centres d'AMP sur la gestation pour autrui.

Afin de réaliser mon étude, je me permets de vous solliciter pour remplir le questionnaire ci-joint.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et du temps que vous me consacrerez.

Une fois la validation institutionnelle de mon mémoire, un exemplaire vous sera en envoyé par courriel à votre centre d'AMP sous format PDF.

ADAM Cécile

LES REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE
DES CENTRES D'AMP
SUR LA GESTATION POUR AUTRUI

Première partie :

Question 1 : Quel est votre sexe ?

Féminin / Masculin

Question 2 : Quel est votre âge ?

Question 3 : Avez-vous personnellement un (ou des) enfant(s) ?

OUI / NON

Question 4 : Quel est votre profession ?

- Docteur en gynécologie-obstétrique,
- Docteur en biologie,
- Sage-femme.

Question 5 : Dans quel établissement exercez-vous votre profession ?

Question 6 : Depuis quand exercez-vous votre profession ?

Question 7 : Depuis combien de temps pratiquez-vous votre activité professionnelle en centre d'aide médicale à la procréation ?

Deuxième partie :

Question 8 : En tant que professionnel, êtes-vous favorable ou défavorable à la légalisation de la gestation pour autrui en France ?

Favorable / Défavorable

Question 9 : En fonction de votre réponse à la question précédente, quels sont les mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit pour définir la gestation pour autrui ?

Question 10 : Classez ces mots ou expressions ci-dessus du plus important pour vous au moins important ? (en plaçant un numéro devant chaque mot)

Question 11 : Quels sont les mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit quand vous pensez aux aspects éthiques de la gestation pour autrui ?

Question 12 : Classez ces mots ou expressions ci-dessus du plus important pour vous au moins important ? (en plaçant un numéro devant chaque mot)

Question 13 : En tant que professionnel, pensez-vous que la gestation pour autrui puisse être apparentée à la notion de don ?

OUI / NON

Troisième partie :

Question 14 : Dans l'exercice de votre profession, des couples vous ont-ils déjà demandé des informations sur la réalisation d'une gestation pour autrui ?

OUI / NON

Question 15 : Avez-vous déjà conseillé des couples sur la réalisation d'une gestation pour autrui à l'étranger ?

OUI / NON

Question 16 : Si non, pourquoi ?

Question 17 : Si oui, avez-vous expliqué aux couples les modalités de filiation de l'enfant né par gestation pour autrui à leur retour en France ?

OUI / NON

Question 18 : Si oui, par :

Adoption simple

Adoption plénière

Usurpation d'identité

Autre :

REFERENCES

1. ANDRE M., MILON A., RICHEMONT H., Contribution à la réflexion sur la maternité pour autrui : Introduction et Une pratique « vieille comme le monde », Sénat, le 25 juin 2008
[≤http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4210.html#toc0>](http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4210.html#toc0)
(Consulté en septembre 2011)
2. Abraham, Larousse encyclopédie,
[≤http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Abraham/103827>](http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Abraham/103827)
(Consulté en janvier 2012)
3. Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de La Santé, Problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui, avis n°110, le 6 mai 2010,
[≤http://www.ccne-ethique.fr/docs/Avis_110.pdf>](http://www.ccne-ethique.fr/docs/Avis_110.pdf)
(Consulté en août 2010)
4. Association C.L.A.R.A (Comité de soutien pour la Légalisation de la GPA et l'Aide à la Reproduction Assistée),
[≤http://claradoc.gpa.free.fr/index.php?page=gpa>](http://claradoc.gpa.free.fr/index.php?page=gpa)
(Consulté en octobre 2010)
5. Lansac J., Lévy G., Communiqué de presse : La grossesse pour autrui, avis du CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, le 22 juin 2009,
[≤http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_67.HTM>](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_67.HTM)
(Consulté en août 2010)
6. Dufour P., Regard des professionnels de l’obstétrique sur la Gestation Pour Autrui, Ecole de Sages-femmes du C.H.R.U de Lille, Année 2009 - 9,
[≤http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf>](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf)
(Consulté en juillet et août 2010, en juin et juillet 2011)
7. Association C.L.A.R.A (Comité de soutien pour la Légalisation de la GPA et l'Aide à la Reproduction Assistée), Annexe 1 : Définitions,
[≤http://claradoc.gpa.free.fr/index.php?page=gpa&nsp=12>](http://claradoc.gpa.free.fr/index.php?page=gpa&nsp=12)
(Consulté en août 2010)

8. BERGOIGNAN-ESPER C., HENRION R., La gestation pour autrui, Académie nationale de médecine, Association C.L.A.R.A., le 10 mars 2009,
[≤http://claradoc.gpa.free.fr/doc/144.pdf>](http://claradoc.gpa.free.fr/doc/144.pdf)
(Consulté en septembre 2010 et en juillet 2011)
9. Association MAIA, La gestation pour autrui. Aspects éthiques, juridiques et médicaux, 2006-5,
[≤http://www.apgl.fr/documents/maia_gpa_2006.pdf>](http://www.apgl.fr/documents/maia_gpa_2006.pdf)
(Consulté en janvier 2011)
10. Loi n°2004-800 relative à la bioéthique, Procréation et embryologie, Diagnostic prénatal et assistance médicale à la procréation, Légifrance, le 6 août 2004,
[≤http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=1BBDCAEC11114AEBDA673342E102903C.tpdjo05v_2?idArticle=JORFARTI000001479588&cidTexte=JORFTEXT000000441469&dateTexte=29990101>](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=1BBDCAEC11114AEBDA673342E102903C.tpdjo05v_2?idArticle=JORFARTI000001479588&cidTexte=JORFTEXT000000441469&dateTexte=29990101)
(Consulté en septembre 2010)
11. Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Assistance médicale à la procréation, le 24 janvier 2005,
[≤http://www.chu-toulouse.fr/-assistance-medicale-a-la->](http://www.chu-toulouse.fr/-assistance-medicale-a-la-)
(Consulté en septembre 2010)
12. Génééthique, Assistance médicale à la procréation,
[≤http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/amp/amp.asp>](http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/amp/amp.asp)
(Consulté en septembre 2010)
13. Centre Hospitalier Universitaire de Tours, L'aide médicale à la procréation, en août 2002,
[≤http://www.chu-tours.fr/site_public/infos_sante/amp.htm>](http://www.chu-tours.fr/site_public/infos_sante/amp.htm)
(Consulté en juin 2011)
14. ANDRE M., MILON A., RICHEMONT H., Contribution à la réflexion sur la maternité pour autrui : une pratique contraire à l'intérêt général ?, Sénat, le 25 juin 2008,
[≤http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4218.html>](http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4218.html)
(Consulté en juillet 2011)
15. Sénat, Etude de la législation comparée n°182 – La gestation pour autrui, en janvier 2008,
[≤http://www.senat.fr/lc/lc182/lc182_mono.html>](http://www.senat.fr/lc/lc182/lc182_mono.html)
(Consulté en janvier 2011)

16. KUBIAK S., les aspects juridiques de la gestation pour autrui en droit comparé : international, européen, Pologne, France et Grande-Bretagne, Université Paris VII, 2008 – 6,
[≤http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html>](http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html)
(Consulté en juin 2011)
17. Gestation pour autrui en Russie et dans le monde entier, Surrogacy.ru, 2006,
[≤http://www.surrogacy.ru/index-fr.php>](http://www.surrogacy.ru/index-fr.php)
(Consulté en juin 2011)
18. Le business russe des mères porteuses, Ogoniok, le 29 avril 2010,
[≤http://www.courrierinternational.com/article/2010/04/29/12-500-euros-le-bebe>](http://www.courrierinternational.com/article/2010/04/29/12-500-euros-le-bebe)
(Consulté en juin 2011)
19. Pour la reconnaissance de la gestation pour autrui éthique : résumé des constats et propositions, Association C.L.A.R.A, le 22 mars 2011,
[≤http://claradoc.gpa.free.fr/doc/29.pdf>](http://claradoc.gpa.free.fr/doc/29.pdf)
(Consulté en juillet 2011)
20. Dufour P., Regard des professionnels de l'obstétrique sur la Gestation Pour Autrui, Ecole de Sages-femmes du C.H.R.U de Lille, Année 2009 – 14,
[≤http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf>](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf)
(Consulté en juillet et août 2010, en juin et juillet 2011)
21. KUBIAK S., les aspects juridiques de la gestation pour autrui en droit comparé : international, européen, Pologne, France et Grande-Bretagne, Université Paris VII, 2008 – 18 à 23 et 29 à 32,
[≤http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html>](http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html)
(Consulté en juin 2011)

22. KUBIAK S., les aspects juridiques de la gestation pour autrui en droit comparé : international, européen, Pologne, France et Grande-Bretagne, Université Paris VII, 2008 – 15 à 18 et 27 à 29,
[≤http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html>](http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html)
(Consulté en juin 2011)
23. KUBIAK S., les aspects juridiques de la gestation pour autrui en droit comparé : international, européen, Pologne, France et Grande-Bretagne, Université Paris VII, 2008 – 10 à 15,
[≤http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html>](http://www.memoireonline.com/09/09/2715/m_Les-aspects-juridiques-de-la-gestation-pour-autrui-en-droit-compare-international-europeen-Polo2.html)
(Consulté en juin 2011)
24. FRANRENET S., Gestation pour autrui, Institut national de la santé et de la recherche médicale, en février 2009,
[≤http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/f812af09a0a47338c1257153004fa70e/ae0329102defd3a3c1257524005912d8/\\$FILE/ATT5YX2J/Dossier.pdf>](http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/f812af09a0a47338c1257153004fa70e/ae0329102defd3a3c1257524005912d8/$FILE/ATT5YX2J/Dossier.pdf)
(Consulté en septembre 2011)
25. BOURDIN J., CHAUVEAU JP., MILON A., TRUCY F., VILLIERS A., etc..., Proposition de loi tendant à autoriser et encadrer la gestation pour autrui, enregistrée à la Présidence du Sénat, le 27 janvier 2010,
[≤http://www.senat.fr/leg/ppl09-234.html>](http://www.senat.fr/leg/ppl09-234.html)
(Consulté en juillet 2010)
26. ROIG E., La durée du congé maternité, Droit-finances.net, le 21 avril 2008,
[≤http://droit-finances.commentcamarche.net/faq/699-la-duree-du-conge-maternite>](http://droit-finances.commentcamarche.net/faq/699-la-duree-du-conge-maternite)
(Consulté en novembre 2010)
27. CLAEYS A., LEONETTI J., Rapport d'information : mission d'information sur la révision des lois de bioéthique, Assemblée Nationale, le 20 janvier 2010,
[≤http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2235-t1.asp>](http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2235-t1.asp)
(Consulté en septembre 2010)
28. CAMBORIEUX L., Gestation pour autrui, Association Maia, le 2 mars 2009,
[≤http://www.maia-asso.org/>](http://www.maia-asso.org/)
(Consulté en septembre 2010)

29. Association MAIA, La gestation pour autrui. Aspects éthiques, juridiques et médicaux, 2006-21 à 23,
[≤http://www.apgl.fr/documents/maia_gpa_2006.pdf>](http://www.apgl.fr/documents/maia_gpa_2006.pdf)
(Consulté en janvier 2011)
30. CAMUZET E., La convention de gestation pour autrui : une illégalité française injustifiée, Lille, Université du Droit et de la Santé, 2006,
[≤http://edoctrale74.univ-lille2.fr/fileadmin/master_recherche/T_I_chargement/memoires/medical/camuzete06.pdf>](http://edoctrale74.univ-lille2.fr/fileadmin/master_recherche/T_I_chargement/memoires/medical/camuzete06.pdf)
(Consulté en août 2011)
31. Communiqué de la Première présidence relatif aux arrêts 369, 370 et 371, Cour de cassation, le 6 avril 2011,
[≤http://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/presidence_relatif_19635.html>](http://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/presidence_relatif_19635.html)
(Consulté en juin 2011)
32. Code pénal, article 227-3, le 1 janvier 2002,
[≤http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/37-code-penal/91144/article-227-13>](http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/37-code-penal/91144/article-227-13)
(Consulté en septembre 2011)
33. Loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal « bioéthique », Légifrance, le 22 juin 2000,
[≤http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549618&dateTexte= >](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549618&dateTexte=)
(Consulté en septembre 2011)
34. Association MAIA, La gestation pour autrui. Aspects éthiques, juridiques et médicaux, 2006-11 à 15,
[≤http://www.apgl.fr/documents/maia_gpa_2006.pdf>](http://www.apgl.fr/documents/maia_gpa_2006.pdf)
(Consulté en janvier 2011)
35. NAU J.L., Bioéthique : la France devrait dire non aux mères porteuses, Slate.fr, le 07 mai 2010,
[≤http://www.slate.fr/story/21003/bioethique-la-france-devrait-dire-non-aux-meres-porteuses>](http://www.slate.fr/story/21003/bioethique-la-france-devrait-dire-non-aux-meres-porteuses)
(Consulté en octobre 2011)
36. ANDRE M., MILON A., RICHEMONT H., Contribution à la réflexion sur la maternité pour autrui : une prohibition contestée : les éléments du débat, Sénat, le 25 juin 2008,
[≤http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4216.html>](http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4216.html)
(Consulté en juillet 2011)

37. Dufour P., Regard des professionnels de l'obstétrique sur la Gestation Pour Autrui, Ecole de Sages-femmes du C.H.R.U de Lille, Année 2009 – 22-23,
[≤http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf>](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf)
(Consulté en juin, juillet et novembre 2011)
38. Dufour P., Regard des professionnels de l'obstétrique sur la Gestation Pour Autrui, Ecole de Sages-femmes du C.H.R.U de Lille, Année 2009 – 24-25,
[≤http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf>](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf)
(Consulté en juin, juillet et novembre 2011)
39. ANDRE M., MILON A., RICHEMONT H., Contribution à la réflexion sur la maternité pour autrui : une pratique contraire à l'intérêt de l'enfant, Sénat, le 25 juin 2008,
[≤http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4217.html>](http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-4217.html)
(Consulté en octobre 2010, juin et juillet 2011)
40. Pr MERVIEL, PONTE C., La gestation pour autrui, Association espace éthique Picardie, le 18 mai 2009,
[≤http://www.espace-ethique-picardie.fr/assets/files/saisines%20et%20casuistique/saisine%20seule.pdf>](http://www.espace-ethique-picardie.fr/assets/files/saisines%20et%20casuistique/saisine%20seule.pdf)
(Consulté en août 2011)
41. DERYCKE D., Les politiques publiques et la prostitution. Rapport d'information sur l'activité de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes pour l'année 2000, Sénat, le 31 janvier 2001,
[≤http://www.senat.fr/rap/r00-209/r00-209.html>](http://www.senat.fr/rap/r00-209/r00-209.html)
(Consulté en novembre 2010)
42. CRFPA : Actualités juridiques, sujets, réflexions, Pour la légalisation de la gestation pour autrui, le 21 janvier 2009,
[≤http://crfpa.unblog.fr/2009/01/21/pour-la-legalisation-de-la-gestation-pour-autrui/>](http://crfpa.unblog.fr/2009/01/21/pour-la-legalisation-de-la-gestation-pour-autrui/)
(Consulté en novembre 2011)
43. Cabinet d'avocats de Maître Aci, Définition et contenu de la dignité, 2007,
[≤http://www.cabinetaci.com/dignite-definition-et-contenu.html>](http://www.cabinetaci.com/dignite-definition-et-contenu.html)
(Consulté en juillet 2011)
44. Sénat, Les accords de Schengen, 1995,
[≤http://www.senat.fr/europe/schengen.html>](http://www.senat.fr/europe/schengen.html)
(Consulté en octobre 2011)

45. Dufour P., Regard des professionnels de l'obstétrique sur la Gestation Pour Autrui, Ecole de Sages-femmes du C.H.R.U de Lille, Année 2009,
[≤http://www.cngof.asso.fr/D TELE/090526 GPA dufour-vaimiti_BM.pdf>](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090526_GPA_dufour-vaimiti_BM.pdf)
(Consulté en juin, juillet et novembre 2011)

46. ABRIC, Jean-Claude, Pratiques sociales et représentations, Paris : Presses Universitaires de France, 1994, 251 pages.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE	8
1. LES DEFINITIONS.....	8
1.1 La gestation pour autrui	8
1.2 L'assistance médicale à la procréation.....	10
2. LES DIFFERENTS ASPECTS LEGISLATIFS DE LA GESTATION POUR AUTRUI	12
2.1 La situation extra européenne.....	12
2.1.1 L'Amérique (15)	12
2.1.1.1 L'aspect législatif	12
2.1.1.2 En ce qui concerne l'établissement de la filiation	14
2.1.2 En Asie.....	15
2.1.2.1 En Inde (16).....	15
2.1.2.2 En Ukraine (16)	15
2.1.2.3 La Russie (17 ; 18)	16
2.1.3 L'Afrique du Sud (19).....	17
2.2 La situation des états européens voisins.....	18
2.2.1 Au Royaume-Uni (15 ; 21).....	19
2.2.1.1 La législation en Grande-Bretagne.....	19
2.2.1.2 La filiation de l'enfant	21
2.2.2 En Belgique (15)	23
2.2.3 Au Danemark (15).....	24
2.2.4 Aux Pays-Bas (15).....	25
2.2.5 Allemagne (15)	26
2.2.6 Pologne (22)	27
2.2.7 Suisse (15).....	28
2.2.8 Italie (15).....	29
2.2.9 Espagne (15)	30

2.3	La France	30
2.3.1	Les propositions pour une légalisation	30
2.3.2	Les moyens pour établir une filiation	34
2.3.3	Dernières actualités en France	36
3.	LES DIFFERENTS POINTS DU VUE ETHIQUES	38
3.1	L'argument de chosification de la femme.....	38
3.2	L'argument de l'aliénation de la femme et des fœtus	41
3.3	L'argument de l'exploitation de la femme	44
3.4	Autour du principe législatif de l'indisponibilité du corps humain et de l'indisponibilité de l'état des personnes.....	45
3.5	La dignité du corps de la femme	47
3.6	Concernant l'enfant issu d'une GPA	49
4.	L'ETUDE DEJA REALISEE EN FRANCE	51
4.1	Le regard des professionnels de l'obstétrique sur la gestation pour autrui (45)	51
4.1.1	La connaissance des professionnels de l'obstétrique sur la GPA .	52
4.1.2	La position des professionnels de l'obstétrique sur la GPA.....	53
4.1.3	La prise en charge de ces grossesses et la place des parents intentionnels.....	53
	DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....	54
1.	OBJET DE L'ETUDE	54
1.1	Constat.....	54
1.2	Problématique	54
2.	METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	56
2.1	Objectifs et hypothèses.....	56
2.1.1	Objectifs.....	56
2.1.2	Hypothèses.....	56
2.2	Intérêt de l'étude	57
3.	SCHEMA D'ETUDE.....	58
3.1	Type d'étude	58
3.2	Définition de la population source.....	59
3.2.1	Critères d'inclusion	59
3.2.2	Taille de l'échantillon.....	59
3.2.3	Critères d'exclusion.....	60
3.3	Définition des variables.....	60

3.3.1	Les variables qualitatives.....	60
3.3.2	Les variables quantitatives.....	61
3.4	Les biais de l'étude.....	61
3.5	Stratégie d'exploitation	62
3.5.1	Le recueil des données	62
3.5.2	Les méthodes d'analyse et de représentation des résultats	63
3.6	Le questionnaire	63
3.6.1	Modalités descriptives de la population.....	64
3.6.2	Etat des lieux des représentations éthiques des professionnels de santé d'AMP sur la GPA	64
3.6.3	Etude de la pratique d'orientation des couples demandeurs d'une GPA	65
4.	LES REPRESENTATIONS SOCIALES (46).....	66
TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS DE L'ETUDE		68
1.	ETUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION GENERALE	68
1.1	Représentation du sexe dans la population générale	68
1.2	Répartition des professionnels médicaux travaillant en AMP puis ayant répondu à notre étude.....	69
1.3	Age des professionnels médicaux travaillant en AMP.....	70
1.4	Ancienneté absolue des professionnels médicaux travaillant en AMP	70
1.5	L'ancienneté en AMP des professionnels médicaux.....	71
2.	POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS SUR LA LEGALISATION OU NON DE LA GPA	72
3.	REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS MEDICAUX DES CENTRES D'AMP SUR LA GPA	74
3.1	Concernant la population favorable.....	75
3.2	Concernant la population défavorable	76
4.	REPRESENTATIONS ETHIQUES DE LA GPA DES PROFESSIONNELS MEDICAUX DES CENTRES D'AMP	77
4.1	Concernant la population favorable.....	77
4.2	Concernant la population défavorable	78
5.	ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS MEDICAUX D'AMP SUR L'ORIENTATION DES COUPLES DEMANDEURS D'UNE GPA.....	79
5.1	Etude des informations données sur la GPA par les professionnels d'AMP	79
5.1.1	Demande d'informations des couples sur la GPA	79

5.1.2	Conseils donnés sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger	79
5.1.3	Explications données sur les modalités de filiation à l'issue de la GPA	80
5.2	Explication sur les modalités de filiation d'un enfant né par GPA.....	81
	(Concerne uniquement les professionnels ayant donné des conseils sur la réalisation d'une GPA à l'étranger).....	81
5.3	Pratique d'orientation des couples demandeurs d'une GPA selon la profession exercée.....	82
5.3.1	Concernant la population favorable	82
5.3.2	Concernant la population défavorable.....	85
5.4	Avis des professionnels sur le fait d'apparenter la GPA à un don.....	86
5.4.1	Concernant la population favorable	86
5.4.2	Concernant la population défavorable.....	88
5.5	Distribution géographique des centres d'AMP selon le positionnement favorable ou défavorable	90
5.5.1	Demande d'informations par les couples sur la GPA	91
5.5.2	Conseils donnés sur la réalisation possible d'une GPA à l'étranger	91
5.5.3	Explications données des modalités de filiation à l'issue de la GPA	92
6.	VARIABLES AYANT UN LIEN GENERAL AVEC LE POSITIONNEMENT EN FAVEUR OU NON DE LA GPA.....	93
6.1	Concernant la population favorable.....	93
6.1.1	Représentation du sexe	93
6.1.1.1	Représentation du sexe en fonction de la profession.....	93
6.1.1.2	Représentation du sexe en fonction des conseils donnés au couple pour la réalisation possible d'une GPA à l'étranger	94
6.1.2	Positionnement des professionnels face à la GPA en fonction de leur statut parental	95
6.1.3	L'ancienneté	95
6.2	Concernant la population défavorable	96
6.2.1	Représentation du sexe	96
6.2.1.1	Représentation du sexe en fonction de la profession.....	96
6.2.1.2	Le sexe versus les conseils donnés au couple pour la réalisation d'une GPA à l'étranger	96
6.2.2	Positionnement des professionnels sur la considération de la GPA comme un don en fonction de leur statut parental.....	97

QUATRIEME PARTIE : L'ANALYSE ET LA DISCUSSION	98
1. CONCERNANT LA POPULATION ETUDIEE	98
2. VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	99
2.1 Hypothèse principale	99
2.2 Hypothèse secondaire.....	102
3. REFLEXIONS	104
3.1 Place des sages femmes	104
3.2 Entre Don et GPA	105
3.3 Effet du sexe du professionnel sur la GPA	106
3.4 Lien entre la situation géographique du centre d'AMP et nos variables 107	
3.5 Hypothèse sur l'attitude comportementale en fonction du positionnement sur la GPA.....	107
3.6 Points faibles de l'étude	108
3.7 Points forts de l'étude	109
CONCLUSION	110
ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE	112
REFERENCES	116
TABLE DES MATIERES	123

ADAM Cécile

Titre du mémoire : La gestation pour autrui : les représentations éthiques des professionnels de santé des centres d'AMP

127 pages

Mémoire de fin d'études – Ecole de sages-femmes de LIMOGES –

Année universitaire 2011-2012

Résumé :

Dans un contexte d'ouverture des frontières, certains décideurs pensent qu'il faut faire évoluer la législation, et uniformiser les possibilités de réalisation d'une GPA avec les pays limitrophes au notre.

Mais en amont sur le terrain, il s'agit bien des professionnels médicaux exerçant dans les centres d'AMP qui sont les premiers concernés de part leur confrontation quotidienne à l'infertilité de couples.

Notre étude a réalisé un état des lieux des représentations des professionnels de santé des centres d'AMP, rattachés à un C.H.U. sur la légalisation de la GPA, dans un contexte de révision des lois de bioéthique.

Elle a montré entre autres la disparité et la singularité des représentations et des pratiques en fonction du sexe et du lieu d'exercice des professionnels.

Mots clés : Gestation pour autrui - Assistance médicale à la procréation - Révision lois de bioéthique