



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022/2023

LA PLACE DE LA GESTATION POUR AUTRUI DANS LE MONDE

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU
PAR

MARIE HOCHENEDEL

Née le 20 mai 1999 à Strasbourg

Directrice de mémoire

Docteure Jeanine OHL

Codirectrice du mémoire

Madame Céline BOSCO

REMERCIEMENTS

Je remercie :

Docteure Jeanine OHL, directrice de ce mémoire et gynécologue aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Pour votre disponibilité à l'élaboration de ce mémoire, vos conseils et encouragements.

Madame Céline BOSCO, codirectrice de ce mémoire et enseignante sage-femme à l'école de sages-femmes de Strasbourg

Pour votre soutien, vos conseils et vos encouragements.

Je remercie plus personnellement :

Mes parents et ma sœur Lucie

Pour votre soutien à toutes épreuves, votre présence, vos encouragements et votre amour.

Ma famille et mes amis

Pour votre soutien, votre écoute, vos conseils et tous les moments partagés ensemble qui permettent de décompresser.

Mes amies de promotion et plus particulièrement Marianne, Zélie et Léa

Pour votre amitié, votre joie de vivre et tous les moments inoubliables partagés ensemble.

Merci à tous ceux qui ont toujours cru en moi et soutenu que ce soit durant mes études et dans ma vie personnelle.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I. Introduction	3
II. Problématique soulevée et objectifs de travail	6
III. Hypothèses proposées	7
IV. Plan	7
MATÉRIEL ET MÉTHODE	8
I. Détermination du type d'étude	8
II. Sélection du matériel	8
RÉSULTATS	14
I. Pays autorisant la gestation pour autrui	14
A. Marché libre	14
B. Marché réglementé	15
1) Gestation pour autrui médicale	16
2) Gestation pour autrui commerciale	17
3) Gestation pour autrui altruiste	18
C. Qu'en est-il des couples homosexuels ?	23
II. Marché interdit	24
III. La France	25
ANALYSE ET DISCUSSION	28
I. Discussion	28
A. Objectif principal	28
1) Première hypothèse	28
2) Seconde hypothèse	30

B. Objectif secondaire	33
C. Atteinte du but de l'étude	34
II. Validité de l'étude	35
A. Atouts de l'étude	35
B. Limites de l'étude	35
 CONCLUSION	 36
 RÉFÉRENCES	 38
 ANNEXE I	
 ANNEXE II	

INTRODUCTION

I. Introduction

Le 2 août 2021, la Loi n°2021-1017 relative à la bioéthique a été promulguée et publiée le lendemain au Journal Officiel, après de nombreuses relectures par l'Assemblée Nationale et le Sénat. L'autorisation à la Procréation Médicalement Assistée (PMA) aux couples de femmes et aux femmes célibataires représente une avancée majeure vers une redéfinition de « la famille traditionnelle » (1). Cette nouvelle loi permet ainsi de pallier à « l'infertilité sociologique » féminine comme le nomme Geneviève Delaisi de Parseval (2).

Dans une société où avoir des enfants biologiques pour construire sa propre famille ou pour transmettre les traditions d'une famille est important, l'infertilité - qu'elle soit sociologique ou biologique - peut être dévastatrice. Celle-ci empêche de fonder une famille, qui selon l'OMS est la concrétisation du droit humain, et peut affecter le bien-être des personnes impactées (stigmatisation, divorce, déficience et lacune dans le rôle de parent) (3–6).

Pour continuer ce combat, certains couples ont opté pour la Gestation Pour Autrui (GPA) ou maternité de substitution. Le mot « substitution » vient du latin « substitutio » qui signifie « remplacement ». Une femme, nommée mère porteuse ou mère gestatrice, portera et mettra au monde un enfant conçu généralement avec les gamètes du couple qui l'élèvera et qu'on appelle parents d'intention (7–10).

Jusqu'à présent, toute femme qui accouche est désignée comme mère de l'enfant. Avec la démocratisation de la GPA, l'adage romain « Mater semper certa est » est ainsi remis en cause (11,12). Cela se confirme par une phrase nigériane en langue yoruba « agbabi odi omo eni » se traduisant par « la grossesse contractée ne devient pas la vôtre ». La grossesse est donc portée par une femme qui a les capacités physiologiques de mener une grossesse à terme (7).

Diverses situations peuvent amener à avoir recours à une maternité de substitution (5,8,13–17) :

- Pour les femmes : fausses couches à répétition, échec du traitement contre l'infertilité, syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, hystérectomie, syndrome d'Asherman, adénomyose massive, malformation utérine congénitale majeure (utérus hypoplasique et utérus bicorne/unicorne), utérus non fonctionnel, cancer notamment gynécologique (utérin, ovarien, cervical, vaginal et vulvaire), femme ménopausée, grossesse contre-indiquée ou non souhaitée
- Pour les hommes : couple d'hommes (notamment en raison de l'adoption interdite ou très compliquée), souhait d'une famille monoparentale

Sujet de controverse en France, la GPA est à nouveau au centre d'un débat mêlant questions éthiques et désir de parentalité. Ce débat est nourri par les différentes formes de GPA existantes à travers le monde.

La distinction la plus importante se place au niveau économique puisque dans la GPA altruiste aucune compensation financière n'est versée à la mère porteuse exceptée celle pour rembourser les frais engendrés par la grossesse. Tandis que dans une GPA commerciale, la mère porteuse reçoit une compensation financière/un salaire pour son geste amenant certaines personnes à considérer que ce choix n'est pas personnel mais dicté par des besoins externes.

Au niveau génétique, il est possible d'avoir recours à deux types de GPA : traditionnelle et gestationnelle. Dans la première, le sperme utilisé est celui du père d'intention et l'ovule est celui de la mère porteuse. La gestatrice et la génitrice sont la même personne. Alors que dans la seconde, soit l'ovule provient d'une donneuse et le sperme du père d'intention ou soit l'embryon est génétiquement celui des parents d'intention. Ainsi, la mère porteuse n'aura aucun lien génétique avec l'enfant.

La GPA médicale quant à elle se situe à part puisqu'elle n'est ouverte qu'aux couples qui ne peuvent pas avoir d'enfant du fait d'une absence d'utérus (congénitale ou à la suite d'une intervention chirurgicale) (14,18,19).

Nombre d'arguments contre la GPA sont invoqués tels que l'exploitation des femmes (de leur corps et de leur condition socio-économique), les risques médicaux pris par la mère porteuse (césarienne, hémorragie du post-partum, suture), la marchandisation

de l'enfant, les impacts psychiques (l'abandon de l'enfant par la mère porteuse) et la responsabilité décisionnelle entre la femme et les parents d'intention (IMG, amniocentèse) (20–22).

Néanmoins, une GPA semble être plus acceptée : la GPA médicale. En 2017, 64% des français et 58,8% des gynécologues étaient favorables à la GPA médicale selon un sondage mené par l'IFOP. Parmi ces 64% de français, 18% l'étaient aussi pour une GPA ouverte aux homosexuels (23,24). Plusieurs auteurs et organismes (comme le comité consultatif national d'éthique) présentent leur raisonnement en faveur de la GPA. Ainsi, le respect de la liberté individuelle de disposer de son corps et de penser, la légalisation du don d'organes entre vivants, l'existence d'une différence entre filiation et procréation et la lutte contre le tourisme procréatif remettent en question le refus sociétal contre la GPA (22,25–27).

Cette division sociétale a entraîné dans le passé nombre de déboires administratifs concernant l'état civil de ces enfants illégaux pour la nation. Certains évoquent même une « schizophrénie française » puisque la législation française interdit la GPA mais reconnaît les enfants nés à l'étranger issus de cette pratique. Grâce à l'article 18 du Code Civil : « Est français l'enfant dont l'un des parents au moins est français ». Par l'arrêt du 3 juillet 2015 la Cour de Cassation décide qu'une « GPA ne justifie pas, à elle seule, le refus de transcrire à l'état civil français l'acte de naissance étranger d'un enfant ayant un parent français » (28,29).

En France, la GPA n'est actuellement pas autorisée mais elle l'est dans plusieurs pays du monde sous des modalités très diverses en fonction des réponses éthiques, sociétales et économiques que les autorités concernées ont souhaité donner à ces couples en mal d'enfant.

Nous pouvons citer en exemple le Nigéria qui a vu se répandre des « baby factories » (bâtiments insalubres abritant de jeunes mères porteuses jusqu'à ce qu'elles accouchent). L'Inde illustre quant à elle l'exemple d'un pays ayant changé d'avis sur la manière de légaliser la GPA. Le gouvernement a ainsi décidé d'interdire la GPA commerciale et de n'autoriser la gestation pour autrui que pour les couples indiens mariés depuis plus de 5 ans et rencontrant des problèmes de fertilité. En Californie (États-Unis), l'article n°7962 de la section 12 - partie 7 du Code de la famille énonce qu'il est possible d'établir entre les parents d'intention et le futur enfant la relation

parent-enfant avant même la naissance (30). Enfin, pour citer un exemple européen, le Royaume-Uni autorise uniquement la gestation pour autrui altruiste sous conditions : la mère porteuse est la mère légale de l'enfant et son mari deviendra le père légal si celui-ci accepte la GPA. Dans le cas contraire, le père d'intention sera le père légal de l'enfant à venir (20,31).

Il existe une grande disparité dans le monde concernant la médecine procréative entraînant une inégalité sociale et induisant ainsi un tourisme de procréation. Cela signifie que nombreux sont ceux à voyager à l'étranger où la maternité de substitution est autorisée au mépris des lois en vigueur dans leur pays (2,10).

II. Problématique soulevée et objectifs de travail

Interdite en France, nous pouvons nous interroger sur les solutions possibles pour les français et notamment pour les hommes depuis la révision de la loi bioéthique, puisque la PMA est maintenant accessible aux femmes célibataires et aux couples de femmes homosexuelles.

En tant que futur professionnel de santé, nous pouvons participer pleinement à ce débat d'actualité. Pour cela, il serait judicieux d'avoir une connaissance fine du sujet et d'étudier les GPA déjà en place dans d'autres pays.

Ce travail de recherche a pour but de comprendre quelle position adoptent les pays dans le monde à propos de la GPA.

L'objectif principal de notre travail de recherche sera d'analyser les différentes GPA proposées dans le monde.

L'objectif secondaire est de déterminer les pays dans lesquels les couples d'hommes ont accès à la GPA.

III. Hypothèses proposées

Plusieurs hypothèses peuvent répondre à la question de recherche :

- Les pays ayant légalisé la GPA seraient d'avis de laisser la femme disposer de son corps tant que les lois en vigueur sont respectées.
- La volonté de fonder sa propre famille au détriment de la santé des femmes et de l'exploitation de leur corps serait l'argument premier des pays refusant la légalisation de la GPA.

IV. Plan

Nous allons ainsi analyser et comparer les pays qui autorisent un type de GPA avant de faire de même pour les pays qui la refusent. Enfin, nous nous attarderons sur le cas de la France.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Détermination du type d'étude

La réalisation d'une revue de la littérature est le moyen le plus adéquat pour répondre à la question de recherche. Nous étudierons la législation en place dans différents pays à propos de la GPA.

II. Sélection du matériel

Nous avons tout d'abord effectué des recherches dans le MeSH (Medical Subject Headings) afin d'obtenir les mots-clés les plus pertinents pour répondre à notre question de recherche et leur traduction en anglais.

Grâce à l'arborescence du terme « procréation », nous avons pu trouver les mots clés suivants :

- « Reproductive medicine » = médecine de la reproduction
- « Donor conception » = technique de reproduction assistée avec donneur
- « Reproductive rights » = droits procréatifs
- « Bioethical issue » = éthique

Les termes « GPA » ou « gestation pour autrui » et « homosexuels » n'ont pas été trouvés dans le MeSH, mais les mots-clés « surrogacy » et « gays » qui se traduisent respectivement par GPA et homosexuels masculins ont été utilisés comme mots clés puisqu'ils étaient régulièrement présents dans les références lues avant de choisir ce thème de mémoire.

Les bases de données utilisées pour répondre à notre question de recherche sont PubMed, ScienceDirect et Cairn.

Afin de cibler d'avantage les articles répondant à notre problématique, nous avons associé les mots clés de la manière suivante :

- (reproductive medicine) AND (surrogacy[Title])
- (donor conception) AND (surrogacy[Title])
- (reproductive right) AND (surrogacy[Title])
- (gay) AND (surrogacy[Title])
- (bioethical issue) AND (surrogacy[Title])
- (surrogacy[Title])
- (gestation pour autrui[all fields])

La recherche d'articles a été effectuée entre septembre et décembre 2021. Cependant, une veille documentaire nous permettra d'enrichir notre bibliographie si une nouvelle publication répond à nos critères de sélection qui sont :

- Critères d'inclusion :
 - Publication à partir de 2010
 - Référence rédigée en anglais ou en français
 - Contient dans le titre ou le résumé le(s) terme(s) suivant : « gestation pour autrui » ou « surrogacy »
- Critère de non-inclusion
 - Référence indisponible dans son intégralité

Nous avons ainsi pu élaborer différentes arborescences de sélection.

- Recherche d'articles sur la base de données PubMed :

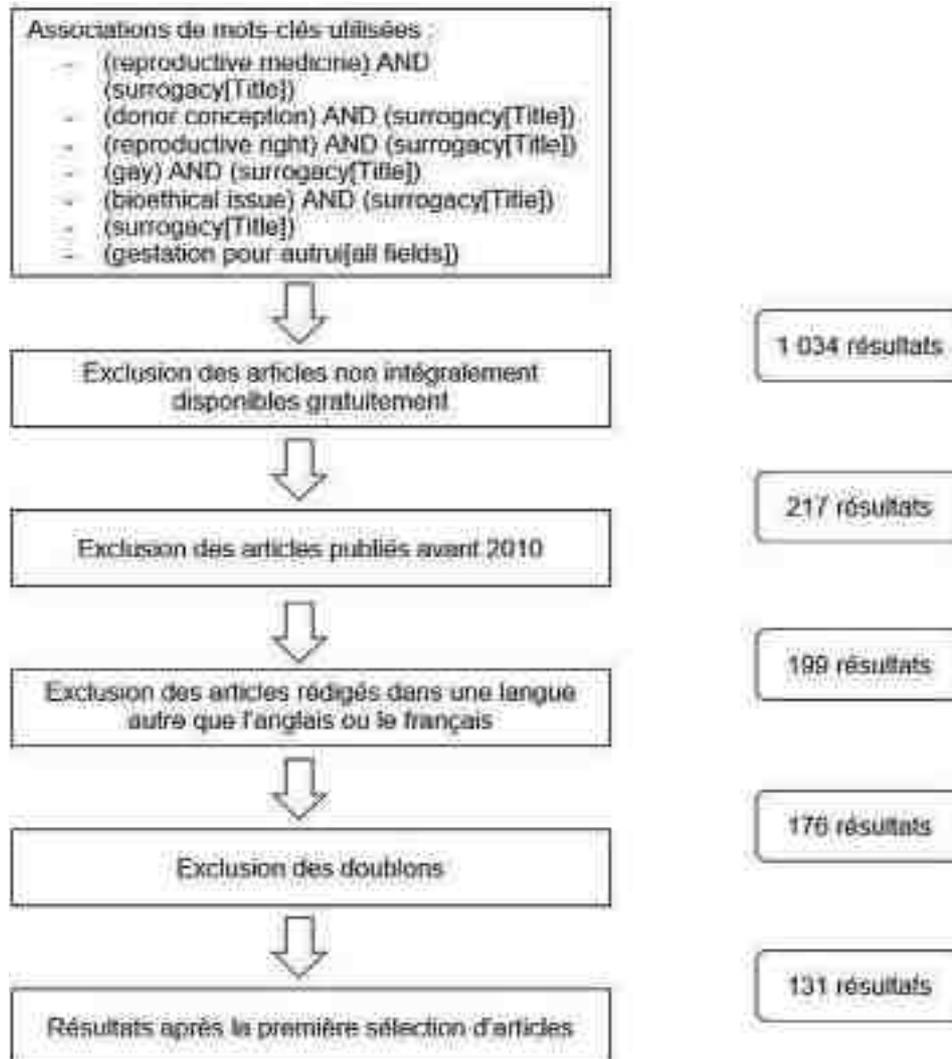


Figure 1 : Arborescence de sélection des articles sur la base de données Pubmed

- Recherche d'articles sur la base de données ScienceDirect :

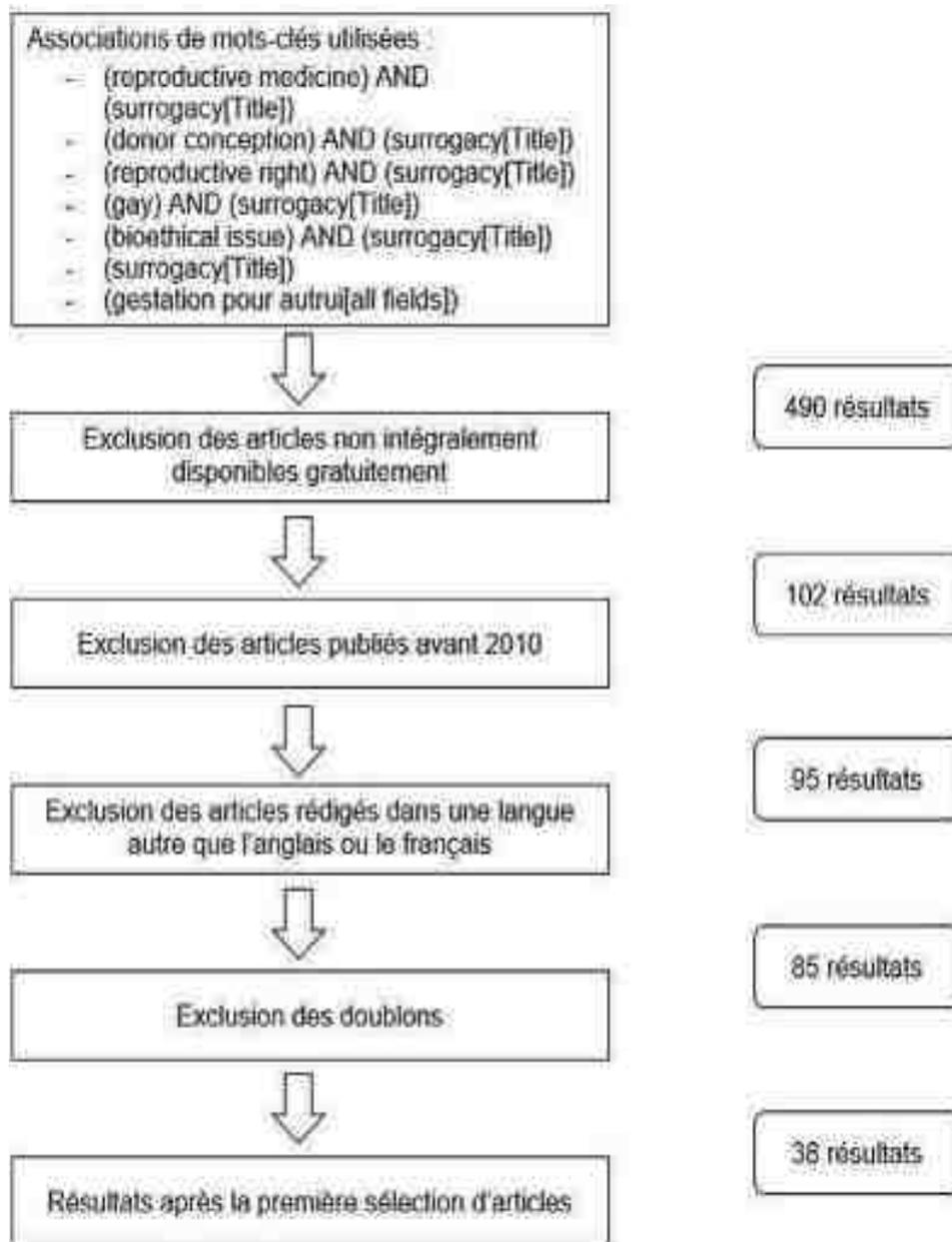


Figure 2 : Arborescence de sélection des articles sur la base de données ScienceDirect

- Recherche d'articles sur la base de données Cairn :
 Cairn étant une base de données qui regroupe principalement des ressources francophones, les mots clés utilisés sont donc en français.

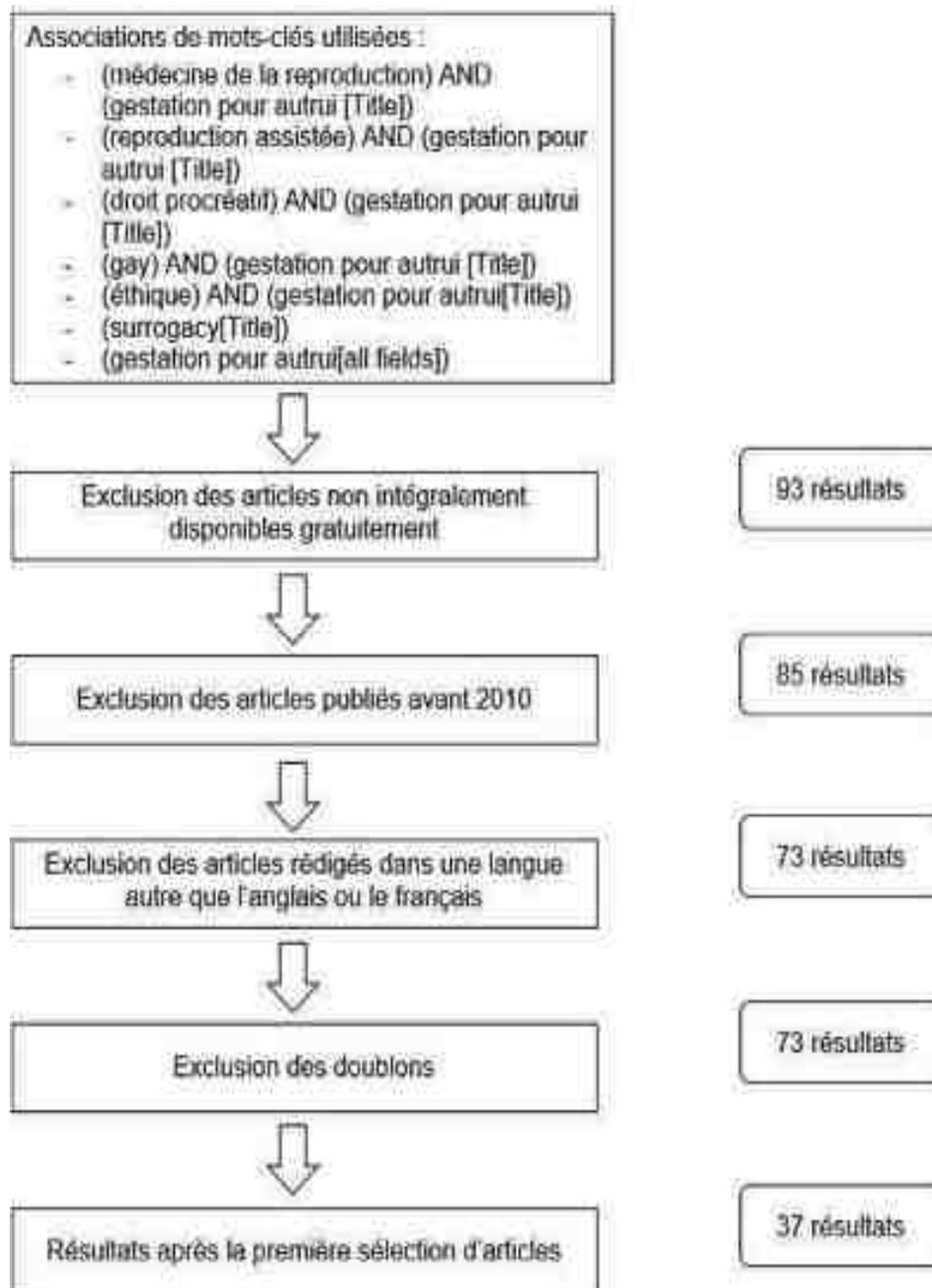


Figure 3 : Arborescence de sélection des articles sur la base de données Cairn

Grâce aux différentes bases de données, nous avons un total de 206 ressources qui répondent à nos critères de sélection dans lesquelles 40 sont des doublons. Nous avons ainsi lu les 166 ressources restantes afin de ne garder que les plus pertinentes. Finalement, nous avons gardé uniquement 46 ressources qui ont été classées dans

un tableau (Annexe I) en fonction de leur type de GPA, les autres n'étant que des extraits d'articles ne présentant pas les résultats de l'étude ou traitant plus de l'aspect éthique de la maternité de substitution (sujet non abordé dans ce travail). Comparer les types de GPA existantes dans le monde est la manière la plus judicieuse de répondre à notre problématique.

RÉSULTATS

I. Pays autorisant la gestation pour autrui

Parmi les états dans lesquels la GPA est pratiquée, nous pouvons recenser diverses approches (marché libre ou réglementé).

A. Marché libre

Le marché libre se définit par une réglementation limitée voire inexistante. Le gouvernement n'impose aucune ou peu d'interdictions ce qui laisse le plein pouvoir à chaque établissement de santé pour appliquer sa propre politique et décider des mesures et règles à suivre (16).

Pour certains pays, les lois sur la GPA sont inexistantes comme pour la Pologne, Chypre et l'Argentine qui n'ont défini aucune loi à ce sujet ce qui signifie légalement qu'elle n'est pas interdite (13,32,33).

La Belgique est également un exemple où la gestation pour autrui est pratiquée sans législation en place. Elle est actuellement réalisée dans 4 centres hospitaliers : le Centre Hospitalier Régional (CHR) de la Citadelle à Liège, le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Saint-Pierre à Bruxelles, les hôpitaux universitaires à Anvers et à Gand (8,13,34,35). En absence de lois, c'est la règle « Mater semper certa est » qui s'applique : la mère porteuse est déclarée comme la mère légale du nouveau-né et le père d'intention peut reconnaître l'enfant. A l'inverse, la mère d'intention ou le second père d'intention pour les couples homosexuels seront dans l'obligation d'adopter l'enfant nécessitant l'accord de la mère porteuse (34,35). Plusieurs projets de lois ont été soumis au Parlement dont la majorité évoque l'interdiction d'une GPA commerciale et génétique et l'obligation qu'un des parents d'intention ait un lien génétique avec l'enfant (12,35). Certains partis politiques souhaiteraient limiter la gestation pour autrui aux belges ou aux étrangers résidant depuis un certain temps sur le territoire belge. Malgré le manque de précision des textes actuels, les tribunaux belges ont tendance à protéger l'enfant et à autoriser les adoptions plénières même si celles-ci impliquent que les événements passés seraient définis comme illégaux en Belgique (comme la

double filiation pour un couple homosexuel). Il en est de même lorsque la GPA a été faite en dehors du sol belge. Tout ceci est fait, in fine, pour le bien-être supérieur de l'enfant (35). Cependant, un délai de 2 mois est nécessaire avant de pouvoir lancer la procédure d'adoption (8).

Tout comme la Pologne et la Belgique, le Nigéria ne possédait pas dans ses textes de lois une législation précise sur la maternité de substitution. Les facteurs socioculturels, juridiques et religieux de ce pays nourrissent l'impopularité de cette pratique dans certains quartiers puisqu'elle va à l'encontre des normes de reproduction. En effet, concevoir et mener à bien une grossesse participent au rite de passage vers la féminité alors que l'infertilité résulte du péché. Cependant, des dispositions ont été prises (7) afin d'endiguer une pratique qui a pris de l'ampleur dans les grandes agglomérations : les « usines à bébés » (bâtiments à l'abandon, liés à des exploitations humaines, où les mères porteuses séjournent jusqu'à l'accouchement) dans lesquelles plus de 290 femmes ont été enfermées entre 2008 et 2014 (20). Parmi ces dispositions, la femme doit être âgée entre 21 et 45 ans et ne peut être sollicitée que trois fois comme mère porteuse. De plus, les parents d'intention sont dans l'obligation d'adopter formellement l'enfant.

Par conséquent, le marché libre n'est pas une solution pertinente puisqu'il permet, certes, à chaque établissement de procéder comme il le souhaite mais laisse l'opportunité à des personnes malveillantes d'agir en toute impunité.

B. Marché réglementé

A contrario de l'approche libre, le marché réglementé est mis en place pour que le gouvernement puisse contrôler la pratique en évitant les excès et en protégeant les différents acteurs par l'instauration de règles.

1) Gestation pour autrui médicale

Comme nous avons pu l'étudier précédemment, la loi relative à la procréation médicalement assistée en Belgique de 2007 ne traite pas du sujet de la gestation pour autrui offrant une liberté totale sur le sujet. Tous les centres exceptés celui de Gand ont fixé comme condition ultime l'incapacité médicale de la femme à avoir un enfant qui doit être confirmée par les médecins des centres concernés (33).

Le 13 mai 2016, une loi a été promulguée au Portugal légalisant la GPA altruiste et médicale aux couples de femmes et hétérosexuels. Seules les femmes sans utérus ou qui n'ont aucune possibilité de mener une grossesse pour une raison médicale peuvent en bénéficier, ce qui signifie que dans un couple de femmes, les deux femmes doivent attester de leur incapacité physique à être enceinte (20,33).

En Ukraine, par exemple, la gestation pour autrui est légale pour les couples mariés. Pour y accéder, un certificat médical attestant de la pathologie empêchant la femme de mener une grossesse devra être fourni (20,32).

Au Brésil, le gouvernement interdit seulement la GPA commerciale puisque la commercialisation des organes et tissus est proscrit dans la Constitution. Néanmoins, le conseil fédéral de médecine a publié une liste de conditions à remplir dans la résolution 2.121/2015 dont la justification obligatoire de l'incapacité ou de la contre-indication à être enceinte (33).

Depuis l'interdiction de la GPA commerciale dans le pays en 2018, l'Inde exige des couples mariés hétérosexuels une preuve médicale de leur infertilité. Nous étudierons plus en détails ces exigences dans un autre chapitre (33).

D'autres états comme Israël exigent un certificat médical pour justifier de l'incapacité de la femme à mener une grossesse à terme (33).

2) Gestation pour autrui commerciale

La « Federation International of Gynecology and Obstetrics » (FIGO) a proscrit la GPA commerciale mais ses recommandations ne sont pas suivies par l'ensemble des pays notamment ceux où la gestation pour autrui est une réelle source de revenu. C'est le cas de quelques pays comme la Russie, l'Ukraine et certains États américains (l'Arkansas, la Californie, la Floride, l'Illinois, le Texas et le Vermont) (5,13).

Avec un coût estimé à 37 000 dollars, l'Ukraine est un des pays le moins cher où la GPA commerciale est autorisée mais celle-ci n'est réservée qu'aux couples mariés. Pour un surplus de 1 000 dollars, les parents peuvent louer un appartement pour deux mois environ (20,32).

En Russie, la demande de GPA doit être faite suite à une indication médicale. Si cette condition est respectée, les étrangers et les citoyens russes ont les mêmes droits pour la suite du processus (32).

Contrairement aux autres pays, le gouvernement indien a interdit la pratique de la GPA commerciale en 2018 (5) alors qu'elle était autorisée depuis 2002 (16,20,36,37). Durant cette période, les mères porteuses devaient vivre dans des bâtiments désignés par certaines cliniques dans lesquels elles devaient limiter leurs mouvements et ne pouvaient pas sortir pour éviter toute complication pendant la grossesse. Si elles décidaient de quitter le centre, elles ne percevaient alors pas la totalité de leur salaire (37). De plus, la mère porteuse doit remplir certains critères : être âgée de 21 à 35 ans, avoir ses propres enfants, ne pas avoir donné naissance à plus de cinq enfants vivant, obtenir le consentement de son mari, rester anonyme et consentir à abandonner l'enfant et ses droits parentaux (10,37). A propos du déroulement de la grossesse, les choix reviennent aux parents d'intention que ce soit sur la mère porteuse, un éventuel acte médical (amniocentèse, interruption médicale de grossesse) et les détails concernant le post-partum (allaitement, abandon) (37,38). Lorsque les parents d'intention constituaient un couple homosexuel, seul le père génétique obtenait les droits parentaux. Le conjoint devait entamer des démarches d'adoption de retour dans leur pays de résidence contrairement aux parents d'intention hétérosexuels qui l'obtenaient tous les deux (38,39).

3) Gestation pour autrui altruiste

La GPA altruiste est une alternative aux problèmes d'injustice et d'exploitation liés principalement aux difficultés sociales et éducatives.

C'est ainsi que la réglementation en Inde a été modifiée en 2018 motivée par la lutte contre la marchandisation des enfants (abandon, difficultés à obtenir certains papiers) et les difficultés sus-citées (40). Le ministre de l'Intérieur indien a ainsi imposé de nouvelles restrictions concernant l'accès à la GPA dans le pays en raison des agissements passés. En conséquence, seuls les couples indiens hétérosexuels sans enfant, légalement mariés depuis au moins cinq ans, justifiant médicalement de leur infertilité et s'engageant dans une gestation pour autrui altruiste gestationnelle peuvent en bénéficier (5,20,36,37,40). La mère porteuse doit désormais être une proche parente indienne du couple marié et ne doit percevoir aucune contrepartie financière. Depuis cette nouvelle loi, la plupart des mères porteuses travaillent, alors qu'auparavant seulement 42% étaient salariées, ce qui limite la nécessité économique comme motivation. En décidant d'aider un autre couple, les indiennes participent à l'image d'une femme moderne émancipée qui n'est plus assignée à son mari et pour qui, son rôle ne se limite plus seulement à assurer la descendance (41).

Comme l'Inde, d'autres pays ont restreint les conditions d'accès à la GPA en demandant à ce que la mère porteuse soit une parente du couple.

Le 1^{er} janvier 2015, l'Assemblée nationale du Vietnam a promulgué une loi qui légalise uniquement la maternité de substitution altruiste gestationnelle pour les couples infertiles et légalement mariés si la mère porteuse est une parente, qu'elle a déjà eu un enfant et obtenu le consentement de son mari. Les liens familiaux et l'entraide sont des valeurs très fortes dans la culture vietnamienne, il est donc relativement facile pour les couples en difficulté de trouver une proche parente pour les aider (42).

Il en est de même pour la Thaïlande depuis août 2015 où seule la GPA altruiste est autorisée : la mère porteuse doit être une parente du couple d'intention hétérosexuel (20) et l'enfant sera légalement celui du couple d'intention. Ces décisions font suite à plusieurs événements survenus dans le pays afin de protéger davantage les enfants (abandon face à un enfant handicapé, gestations pour autrui commerciales à outrance

dans le but d'obtenir une famille nombreuse). Pour accéder à la GPA, les couples thaïlandais doivent soumettre leur demande au comité du ministère de la Santé composé de 17 personnes (médecins, pédiatres et experts en protection de l'enfance). Depuis la création de ce comité en 2015, 72 demandes ont été approuvées sur les 76 déposées (42).

Au Brésil, le conseil fédéral de médecine exige que la mère porteuse soit une parente âgée de moins de 50 ans. Si le couple est hétérosexuel, la mère d'intention doit également avoir moins de 50 ans puisque la GPA ne peut être que médicale. Dans le cas d'un couple homosexuel, il n'y a aucune restriction (33).

D'autres pays préfèrent quant à eux mettre des restrictions sur les couples plutôt que sur la mère porteuse en interdisant l'accès aux personnes homosexuelles.

En Israël, un comité a été créé afin de sélectionner les postulants pour devenir mère porteuse ou parents d'intention. Depuis 2018, la pratique n'est plus réservée qu'aux couples hétérosexuels mais également aux femmes célibataires. Cependant de nombreux citoyens dont les couples homosexuels préfèrent aller à l'étranger pour la rapidité de la prise en charge et pour la distance entre leur pays de résidence et celui de la mère porteuse. Pour certains, quitter le pays d'origine de la mère porteuse permet une séparation plus franche avec cette dernière. Une fois l'enfant né, les couples homosexuels peuvent obtenir la reconnaissance de leurs droits parentaux lors de leur retour en Israël (43).

Il en est de même aux Pays-Bas où les conditions sont fixées par l'association néerlandaise de gynécologie et d'obstétrique depuis 1994 suite à une campagne portée par des gynécologues et des patientes atteintes de cancers gynécologiques (13,44). La GPA est limitée aux couples hétérosexuels puisque ce sont les gamètes du couple qui doivent être utilisés. Concernant la mère porteuse, celle-ci ne doit pas dépasser les 44 ans, avoir eu des enfants et ne plus envisager d'agrandir sa propre famille (12). Depuis 1994, le gouvernement propose des modifications législatives (la dernière datant de 2019), toujours rejetée par le ministère de la Justice et de la Sécurité, ce qui traduit les doutes quant à prendre une si grande décision sur un sujet encore sensible (36).

Au Portugal également, seule la GPA médicale et altruiste est autorisée pour les couples hétérosexuels. En cas de gestation pour autrui commerciale, les parents d'intention risquent deux ans de prison ou 240 jours-amende tandis que la mère porteuse risque uniquement 240 jours-amende (41).

La Géorgie propose des grilles tarifaires équivalentes soit 25 000 à 50 000 dollars mais avec l'assurance que la mère porteuse ne disposera d'aucun droit parental sur l'enfant (20,32).

Tout comme la Géorgie, l'Afrique du Sud offre une sécurité aux parents d'intention concernant leurs droits parentaux sur l'enfant à naître mais de façon différente. Ainsi, en amont de toute fécondation dans un projet de GPA, la loi sur les enfants de 2005 exige que la Haute Cour valide l'accord de maternité de substitution entre la mère porteuse et les futurs parents. Outre une lecture attentive du contrat, la Haute Cour devra s'assurer des bonnes intentions de la mère porteuse et notamment qu'elle n'utilise pas ce moyen comme source de revenus en lui demandant notamment de fournir ses antécédents financiers. De plus, des rapports psychologiques et médicaux seront nécessaires à la validation du dossier. Tout ceci permet de s'assurer du consentement libre et éclairé de la femme et qu'il n'y a pas d'exploitation de sa personne (32,45). Cependant, la loi principale qui dicte la réglementation en vigueur dans le pays est l'article 19 issu du « Children act » datant de 2010 et annonçant que la GPA est accessible qu'aux résidents du pays qu'importe leur orientation sexuelle (33).

En Grèce, l'autorisation d'un tribunal est également indispensable pour recourir à la gestation pour autrui altruiste gestationnelle pour certifier que la personne ou le couple en demande ne peut pas avoir d'enfant autrement que via cette procédure (5,12,46). La GPA est ouverte aux couples hétérosexuels et femmes seules de nationalité grecque ou aux ressortissants de l'Union européenne vivant temporairement sur le territoire grec depuis 2014 (20). L'autorité parentale est délivrée aux parents d'intention (12). En plus de protéger la mère porteuse (femme de plus de 25 ans ayant accouché au moins une fois d'un de ses enfants sans dépasser deux césariennes, rapport psychologique validé) et les parents d'intention, la réglementation en vigueur dans le pays protège les futurs enfants. En effet, selon le gouvernement grec, l'absence de réglementation ou l'interdiction complète serait encore plus délétère pour

les enfants. Ainsi, les parents commanditaires sont automatiquement reconnus comme parents légitimes de l'enfant sans besoin de procédure additionnelle. L'ensemble des textes de lois se trouve dans l'article 1458 du Code civil en association avec l'article 8 de la loi n°3305/2005 (46).

Alors qu'au Mexique, il existait un vide juridique sur cette pratique, depuis 2016, seuls les résidents mexicains peuvent bénéficier de l'aide d'une mère porteuse (20).

Quant à l'Australie, l'ensemble des états ont rejoint la capitale australienne et Victoria pour autoriser la maternité de substitution altruiste gestationnelle (32,47). En fonction des états, les restrictions ne sont pas les mêmes : certains exigent que la mère porteuse ait plus de 25 ans et que le couple soit marié quand d'autres autorisent l'accès aux femmes célibataires ou aux couples de même sexe (33). Concernant le coût, le couple d'intention doit verser une somme à la mère porteuse pour rembourser les frais liés à la grossesse non couverts par l'assurance maladie (47).

Aussi, certains pays mettent en avant le bien-être de l'enfant en ajoutant de nouveaux textes de lois.

Depuis mars 2004 au Canada via la « Loi canadienne sur la procréation assistée », la maternité de substitution commerciale et les mères porteuses de moins de 21 ans sont interdites. Cependant, la GPA altruiste est possible pour les citoyens et étrangers qu'importe leur orientation sexuelle et situation familiale excepté au Québec où cette pratique est interdite puisque le contrat est considéré comme nul selon l'article 541 du Code civil du Québec (33). Dix ans de prison et 500 000 dollars canadiens sont encourus en cas de non-respect de cette réglementation (20). Une nouvelle loi « New family law act » est entrée en vigueur en mars 2013 et permet à un donneur de sperme ou d'ovule d'être officiellement le troisième parent de l'enfant à naître si c'est inscrit sur le contrat avant la conception. Ce contrat offre un droit de regard sur les principales décisions et un droit de visite permettant à l'enfant de mieux comprendre son histoire (12).

Contrairement à la Belgique qui demande un délai de deux mois avant de pouvoir entamer la procédure d'adoption, le Royaume-Uni n'en impose que six semaines (13,32). Grâce à ses premières lois promulguées en 1985 dans le « Surrogacy Arrangements Act », le Royaume-Uni fait partie des pionniers dans le domaine en

autorisant uniquement la GPA altruiste (20,45,48). Parmi les précisions qu'apportent ces lois, on peut citer celles concernant les parents d'intention (couple marié vivant ensemble et domicilié au Royaume-Uni, enfant génétiquement lié à au moins un des parents) (10,12,45) et la mère porteuse (mère légale de l'enfant avec son mari qui devient le père légal au minimum les six premières semaines après la naissance avant de pouvoir transférer les droits parentaux) (10,12,32,48). Les démarches judiciaires s'effectuent après l'accouchement puisqu'il faut attendre que la gestatrice donne son accord pour modifier la filiation. Un nouvel acte de naissance sera ainsi fourni aux parents d'intention via la procédure nommée « Parental order » (10,12). En attendant cet acte, l'enfant peut vivre avec ses parents même si légalement, le lien de filiation n'a pas encore été validé. Outre les GPA effectuées dans le pays, certains citoyens se rendent à l'étranger dans des pays qui parfois n'exigent pas les mêmes obligations. La juridiction anglaise a statué sur ce cas. Si les documents fournis respectent les lois du pays en question, les tribunaux anglais les considéreront comme valides (45).

Les États-Unis, une des nations référentes sur le domaine, autorisent la GPA gestationnelle dans certains états, dont la Floride, l'Utah, Washington, le New Hampshire, l'Illinois et la Californie. Ils exigent notamment des parents d'intention d'être âgés d'au moins 21 ans, de résider dans l'état depuis plus d'un an, de réaliser des examens physiques et psychologiques, de subir une enquête sur le foyer, d'être capable d'élever un enfant et qu'au moins un des deux parents ait un lien génétique avec le futur enfant. La mère porteuse doit aussi avoir plus de 21 ans, résider dans l'état depuis plus d'un an, être en bonne santé et avoir validé l'ensemble des évaluations physiques et psychologiques. De plus, elle ne peut pas être bénéficiaire d'une aide afin de s'assurer de la motivation saine de la femme. En effet, recevoir et utiliser des coupons alimentaires, des allocations ou la couverture médicale traduit un manque de moyen que la femme essaie de combler par des aides extérieures. Il serait donc légitime de penser que la femme se propose comme mère porteuse pour obtenir un complément de revenu en percevant une somme supérieure aux frais engendrés par la grossesse. Pour finir, chacune des deux parties (parents d'intention et mère porteuse) doit avoir son propre avocat et médecin pour éviter tout conflit d'intérêt (13,49). La plupart des états autorisant la maternité de substitution demandent à ce qu'un délai s'écoule pour faire une demande d'adoption pour établir le nouvel état

civil de l'enfant si les démarches n'ont pas été effectuées en amont. En attendant, ce sont la mère porteuse et son mari qui sont les parents (50).

Pour la plupart des pays sus-cités, la parentalité est socialement construite : la femme qui accouche est la mère de l'enfant (« Mater semper certa est »). Mais de nombreux codes évoluent de nos jours comme le mariage et la parenté et certains pays ne sont pas encore prêts à franchir le cap (39).

Pourtant, certaines études ont démontré qu'à long terme les enfants nés de mère porteuse n'ont pas de différence de développement psychologique majeure par rapport à ceux nés de Fécondation In Vitro (FIV) (48).

C. Qu'en est-il des couples homosexuels ?

Les couples homosexuels et notamment les couples d'hommes ont peu de solutions pour fonder leur propre famille tout en ayant un lien génétique avec leur descendance. Seuls quelques pays parmi ceux légalisant la gestation pour autrui acceptent les couples homosexuels comme parents d'intention.

En Belgique, ce sont les centres hospitaliers qui décident de leur politique. Le centre de Gand est l'unique centre du pays à réaliser un don d'ovocyte durant une gestation pour autrui. Depuis 2011, les couples homosexuels peuvent donc en bénéficier pour devenir parents (33).

Contrairement à la Belgique où il y a tout de même une restriction dans certains établissements, le Brésil et le Canada (excepté le Québec) n'imposent aucune contrainte aux couples homosexuels si ce n'est d'avoir recours à une GPA altruiste. A la différence du Brésil et du Canada qui ouvrent la GPA aux étrangers, l'Afrique du Sud accepte toutes les orientations sexuelles mais les personnes doivent résider dans le pays (33).

Quant à l'Australie, seulement trois états accueillent les couples de même sexe : le Queensland, la Tasmanie et la Nouvelle-Galles du Sud (33).

Concernant la prise en charge des hommes et des couples homosexuels aux États-Unis, celle-ci a évolué notamment grâce à la légalisation du mariage pour tous leur permettant ainsi d'avoir recours à la GPA ou d'adopter des enfants dans certains états comme l'Utah, la Floride, la Californie et l'Arkansas (15). 58% des agences (soit 60/103) publient clairement des informations sur les possibilités qui s'offrent aux couples homosexuels. Parmi ces 60 agences, 44 affichent de manière lisible sur leur site leur soutien à la population homosexuelle dont 4 qui annoncent que c'est leur clientèle principale (51).

II. Marché interdit

Nombreux sont les pays européens à être réticents à la légalisation de la gestation pour autrui et à écrire cette interdiction dans les textes de lois (16). Cela se confirme par la résolution adoptée en 2011 par le Parlement européen qui affirme que cette pratique est une « exploitation du corps féminin et de ses organes reproducteurs ». Cette affirmation est basée sur l'article 7.1 de la Convention relative aux droits de l'enfant qui stipule que « tout enfant a le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux » (20).

Le cas de la France faisant l'objet d'une analyse distincte, nous allons nous concentrer sur d'autres pays européens.

En Espagne, « tout contrat en vertu duquel la gestation est conclue, avec ou sans rémunération, par une femme qui renonce à ses droits maternels au profit du contractant ou d'un autre tiers est nul et non avenu » et « la parentalité des enfants nés à la suite d'une grossesse de substitution sera déterminée par la naissance » comme annoncé dans l'article 10 de la loi sur la procréation assistée datant de 2006. L'Assemblée de Madrid a tenté en 2016 de changer cette loi pour légiférer la maternité de substitution mais cela a été rejeté pour quelques voix seulement. Néanmoins, le pays ne souhaite pas pénaliser l'enfant pour des actes commis par les parents d'intention. Conformément à l'article 8 de la « Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales », l'enfant peut être déclaré dans le consulat espagnol de son pays de naissance et ainsi finaliser la filiation avec ses

parents tout comme le demande l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme de 2014 (20).

La gestation pour autrui est interdite également en Bulgarie et Italie, tout comme en Allemagne depuis 1990 (52).

Hors Europe, certains pays interdisent aussi cette pratique.

C'est le cas de Taïwan dont la loi sur la reproduction artificielle ne légalise pas officiellement la gestation pour autrui, mais les couples dans le besoin se déplacent à l'étranger pour y avoir recours. Ils devront donc adopter l'enfant pour devenir ses parents légaux puisque la mère porteuse est considérée comme la mère légale et son mari comme le père. Plusieurs recours sont possibles en fonction de la situation dont l'adoption par le couple d'intention si la mère porteuse a un conjoint. Si le conjoint de la mère porteuse ne souhaite pas abandonner l'enfant, celle-ci peut dénoncer l'enfant comme né hors mariage laissant la possibilité au père d'intention de le reconnaître comme son enfant biologique ; seule la mère d'intention devra alors l'adopter. La dernière solution ressemble à la deuxième : si la mère porteuse n'a pas de conjoint, le père d'intention reconnaît l'enfant et la mère devra l'adopter plus tard. Pour l'adoption, les tribunaux taïwanais demanderont l'accord à la mère porteuse. Si elle ne répond pas à la convocation du tribunal taïwanais ou qu'elle n'est pas joignable (souvent dû au fait que la GPA est faite à l'étranger), le tribunal transfère les droits à la mère d'intention (53).

La Chine interdit toute pratique de gestation pour autrui et condamne à une amende de 30 000 yens et à des poursuites judiciaires le personnel médical en cas de transgression depuis la publication en 2001 des « Mesures administratives relatives aux traitements de procréation assistée » alors que les parents d'intention et la mère porteuse ne sont pas inquiétés (33).

III. La France

Depuis la promulgation de la loi sur la bioéthique du 29 juillet 1994 (article 16-7 du Code civil : « Toute convention portant sur la gestation pour le compte d'autrui est nulle »), la France interdit formellement toute pratique de la gestation pour autrui sur

son territoire. Cette position est restée inchangée malgré de nombreuses affaires jugées et un rapport proposé par le Sénat, le 25 juin 2008, dans le but d'encadrer cette pratique. Mais l'Assemblée nationale a refusé de légaliser tout type de GPA quelle qu'en soit la raison (13) alors même qu'un encadrement strict de la pratique tel que proposé par le Sénat (maximum deux grossesses par femme gestatrice, frais engendrés par la grossesse remboursés, recrutements des parents et de la femme contrôlés) limiterait de manière drastique les dérives et risques (9). Ce refus a été confirmé lors de la dernière révision de cette loi en août 2021 (16,34). Le Code pénal (article 227-13) prévoit 45 000 euros d'amende et trois ans de prison en cas de « substitution volontaire, la simulation ou dissimulation ayant entraîné une atteinte à l'état civil d'un enfant ». La tentative est punie des mêmes peines (34). L'article 227-12 prévoit quant à lui 7 500 euros d'amende ainsi que six mois d'emprisonnement pour quiconque provoque l'abandon d'un enfant et de 15 000 euros d'amende et d'un an de prison pour « le fait de s'entremettre entre une personne ou un couple désireux d'accueillir un enfant et une femme acceptant de porter en elle cet enfant en vue de leur remettre » (10,12).

Outre les lois interdisant la GPA, certains articles concernent l'avenir de l'enfant sur le territoire français. Deux articles dans le Code civil ont compliqué les décisions prises par la justice : l'article 18 énonçant qu'« est français l'enfant dont l'un des parents au moins est français » et l'article 336 permettant de contester toute filiation établie en fraude à la loi (10). Suite à de nombreux refus de l'État de reconnaître les filiations dans les années 2000-2010, la Cour européenne des droits de l'homme l'a condamnée en 2014 à modifier les papiers officiels des enfants concernés puisque cela n'était pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant (13). Depuis, seules les filiations entre les enfants nés d'une GPA et leurs parents d'intention font exister la maternité de substitution sur le territoire français.

Cependant, rien ne prédit que la France ne changera pas de position dans les années à venir. En effet, l'association Maya continue de militer depuis 2001 pour légaliser au minimum la GPA médicale pour les patientes atteintes du syndrome de Rokitansky d'autant plus que les filles de ces patientes ne présenteront pas la malformation (13). Aussi, une enquête IFOP datant de 2014 affirme que 55% des français seraient favorables à la GPA dans un cadre bien délimité (14), d'autant plus que le schéma

familial traditionnel n'est plus le seul à prendre place dans la société actuelle et que les mœurs sont en train d'évoluer (54). Le 23 avril 2013, la France est devenue le 14^{ème} pays au monde et 9^{ème} pays européen à autoriser le mariage pour tous (55) permettant l'adoption et la succession à tous dans le but d'atteindre deux des trois devises de la patrie à savoir la Liberté et l'Égalité. Depuis, de nombreuses personnes ont osé prendre la parole sur des sujets tabous, comme par exemple les personnes transgenres, comme l'étaient autrefois le mariage pour tous et l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Pourtant, on peut aisément annoncer que ces sujets sensibles ont su être traités par le gouvernement afin de promulguer une loi les autorisant tout en trouvant les critères appropriés pour ne pas basculer dans l'excès. Tous les refus sociétaux ont connu jusqu'à présent une évolution concernant l'opinion de la société française pour terminer par une revendication de la population afin de changer les choses au niveau législatif.

ANALYSE ET DISCUSSION

I. Discussion

Afin de répondre aux objectifs, nous avons réalisé une carte du monde (Annexe II) qui résume la position prise par tous les pays étudiés dans cette étude.

A. Objectif principal

L'objectif principal de notre travail de recherche a été d'analyser les différentes GPA proposées dans le monde.

1) Première hypothèse

Nous avons deux hypothèses au début de notre travail, la première étant : « Les pays ayant légalisé la GPA seraient d'avis de laisser la femme disposer de son corps tant que les lois en vigueur sont respectées ».

La liberté des femmes de disposer de leur corps fait bien évidemment partie des arguments en faveur d'une maternité de substitution. Cependant, en fonction des pays et des lois en vigueur, la femme peut certes décider de devenir mère porteuse mais les conditions et règles à suivre une fois le processus initié peuvent être plus ou moins strictes.

Ainsi, en Inde, certaines cliniques imposaient aux mères porteuses de séjourner dans des foyers de substitution durant toute la grossesse en suivant certaines règles comme ne pas quitter le premier étage du foyer pour éviter tout risque de chute dans les escaliers durant le premier trimestre (38). Après de nombreux débordements, le gouvernement s'est ravisé et la gestation pour autrui est désormais interdite aux étrangers réduisant considérablement le nombre de demandes. Cela a notamment permis de mieux contrôler la pratique et de mieux protéger les femmes (41). De même au Nigéria, où de nombreuses « usines à bébés » ont proliféré sur le territoire,

obligeant les femmes à vivre dans des conditions misérables au profit des cliniques : la maternité de substitution devenant ainsi un commerce à part entière.

A l'inverse, plusieurs états des États-Unis exigent certaines conditions lors du recrutement des mères porteuses comme l'âge, un test psychologique valide, des antécédents obstétricaux sans facteurs de risque (c'est-à-dire que la femme doit avoir eu au moins un enfant génétique par voie basse) (49).

Globalement, nous avons pu constater qu'il existe plus de dérives dans les pays sous-développés ou en voie de développement. Le manque d'articles de lois encadrant la pratique ne peut pas être une excuse à ces manquements puisque la Belgique n'a par exemple pas de lois la réglementant et n'observe pourtant pas des dérives enfraignant les droits humains (12). Cependant, il doit sûrement être plus simple d'éviter les déviations du respect humain dans les pays développés que dans d'autres où trônent principalement la pauvreté et le pouvoir des plus aisés.

Nous pouvons également citer tous les pays dans lesquels les femmes doivent recueillir l'autorisation de leur mari pour devenir mère porteuse.

Il est légitime de se demander si ces femmes sont réellement libres de disposer comme elles le souhaitent de leur corps. En effet, dans le cas où le mari refuse, la femme ne peut pas réaliser le projet qu'elle aurait souhaité. Il s'agit donc en réalité d'une fausse liberté toujours sous la proue de l'autorité maritale.

En plus d'être des pays abritant une fragilité économique, ce sont des pays qui autorisent le marché libre ou la GPA commerciale. Dans notre étude, il y a 18 pays ou états qui ont légalisé la GPA altruiste contre 10 pays autorisant la GPA commerciale ou appliquant le marché libre, soit presque le double. La plupart des pays autorisent seulement la GPA altruiste qui allie respect et égalité entre tous les protagonistes puisque la notion de subordination employeur/employé est moins présente étant donné qu'il n'y a pas de salaire perçu par la mère porteuse. Elle est donc considérée comme la GPA la plus respectueuse et la plus saine. Cependant, chaque GPA altruiste reste unique compte tenu des critères de sélection et des restrictions appliquées qui diffèrent dans chaque pays.

D'autres États n'autorisent que la gestation pour autrui médicale considérant la pratique comme une aide à la procréation pour les couples en difficulté. La liberté de choisir ce qu'on veut faire de son corps n'est donc plus l'argument premier pour accepter la GPA médicale même si cela reste une part importante dans l'encadrement légal de la pratique. La plupart des patientes qui y ont recours souffrent du syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), de cancer gynécologique ou ont subi une hystérectomie. Le syndrome MRKH correspond à une aplasie congénitale de l'utérus et de la partie supérieure (les deux tiers) du vagin chez des femmes ayant un développement normal des caractères sexuels secondaires et un caryotype féminin normal. Le cancer gynécologique participe indirectement à l'infertilité puisque les différents traitements (radiothérapie, chimiothérapie) diminuent la réserve ovarienne, le taux d'implantation de l'embryon, augmentent le risque de fausse couche ou de prématurité ou causent une ménopause précoce. L'hystérectomie est envisagée pour certains types de cancer agressif ou d'autres pathologies gynécologiques (fibrome, endométriose). La maternité de substitution médicale n'est donc pas une solution de confort mais est bien considérée par d'autres gouvernements comme une aide contre l'infertilité au même titre que la FIV. Il serait intéressant pour les pays encore en hésitation de commencer par légiférer la GPA médicale avant d'autoriser dans un second temps d'autres types de gestations pour autrui pour juger de l'acceptation de la population sur une période plus grande et d'évaluer l'efficacité des protocoles en vigueur dans le pays sur cette pratique.

Avec l'ensemble de ces exemples, d'autres pays sont en réflexion depuis plusieurs années, n'évoquant que très peu ce sujet car sensible en société.

2) Seconde hypothèse

La deuxième hypothèse qui était : « La volonté de fonder sa propre famille au détriment de la santé des femmes et de l'exploitation de leur corps serait l'argument premier des pays refusant la légalisation de la GPA » s'est révélée correcte.

La Chine a décidé de lutter contre cette pratique en privilégiant les poursuites à l'encontre du personnel de santé ce qui s'avère être un moyen efficace de lutter contre

les gestations pour autrui clandestines réalisées dans les centres hospitaliers. Il est toutefois possible pour les personnes déterminées d'avoir recours à une gestation pour autrui partielle c'est-à-dire que le père d'intention et la mère porteuse ont une relation sexuelle pour aboutir à une grossesse. Il serait peut-être plus efficace de poursuivre les parents d'intention et les mères porteuses pour avoir une probabilité plus importante de dissuader une des deux parties du processus et recenser ainsi moins de maternités de substitution clandestines.

Autre exemple avec la France et l'Espagne qui ont toutes deux interdit formellement la pratique en inscrivant respectivement dans leurs textes de lois : « Toute convention portant sur la gestation pour le compte d'autrui est nulle » et « Tout contrat en vertu duquel la gestation est conclue, avec ou sans rémunération, par une femme qui renonce à ses droits maternels au profit du contractant ou d'un autre tiers est nul et non avenu ». Ainsi, ces deux États condamnent fermement tout contrat rédigé dans l'optique d'une GPA et le considèrent comme nul. Cependant, tous deux acceptent de délivrer la nationalité aux enfants nés à l'étranger de mère porteuse conformément à l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (12,20).

On constate ainsi que les pays refusant de légaliser la gestation pour autrui pensent au bien-être des enfants en ne les pénalisant pas pour leur vie future. Cependant, les délais d'acceptation sont parfois longs puisque les tribunaux annoncent régulièrement des refus nécessitant l'intervention de la Cour européenne des droits de l'Homme afin d'appliquer l'article 8 pourtant entré en vigueur en 1953. En Espagne, les parents peuvent enregistrer leurs enfants depuis 2010 alors que la France a été condamnée le 26 juin 2014 pour ces refus. Le gouvernement français reconnaît désormais systématiquement les liens de filiation depuis le 5 juillet 2017 engendrant l'inscription de l'enfant sur le livret de famille (13,20). Ces gouvernements ne souhaitent donc pour le moment pas légaliser la GPA sur leur territoire mais l'acceptent indirectement via le tourisme procréatif en accordant la nationalité à ces enfants « illégaux ».

Néanmoins, le tourisme procréatif n'est pas la solution adéquate puisque les couples se rendent à l'étranger dans des pays, comme on a pu l'étudier en amont, qui accordent parfois des droits aux femmes plus limités ou en désaccord avec les valeurs

françaises. Il serait ainsi plus judicieux de légaliser cette pratique en France afin de contrôler davantage toutes les étapes allant des critères de sélection des mères porteuses à l'accouchement en passant par la FIV et la grossesse. Certains États ont autorisé la gestation pour autrui depuis de nombreuses années offrant un recul pertinent sur la pratique et les points sur lesquels il faut insister.

En attendant que le gouvernement français accepte de changer les lois, il lui est possible d'agir sur d'autres axes et notamment l'adoption. En effet, il serait intéressant de faciliter les procédures administratives et l'accès à l'adoption à tous les couples et non pas seulement aux couples hétérosexuels. Actuellement, il est plus complexe pour un couple (notamment de même sexe) d'adopter en France que d'avoir recours à une GPA à l'étranger (9) d'autant plus que le nombre de demandes reste stable (25 000 parents ayant l'agrément et en attente d'une adoption) contrairement au nombre d'enfants placés qui ne cesse de diminuer (1 749 en 1985, 882 en 2007 et 697 en 2012) (12). En effet, malgré la légalisation du mariage pour tous en 2013, les couples de même sexe ont d'énormes difficultés à adopter puisqu'il est encore considéré que cela ne serait pas bénéfique au développement psychologique de l'enfant. L'amour que pourrait apporter ces parents ne saurait pas contrebalancer les potentielles moqueries que subirait l'enfant durant son enfance. Néanmoins, toutes ces difficultés pourront s'amoinrir si la société poursuit son cheminement vers l'acceptation d'une nouvelle définition de la famille comme cela a été le cas avec le mariage pour tous et l'IVG le siècle dernier.

Outre l'adoption, il existe une autre solution provenant de Suède. Depuis les années 2010, une équipe travaille pour développer une technique chirurgicale : la greffe d'utérus, organe récemment ajouté à la liste des transplantations possibles (56). La première naissance a eu lieu en 2014 en Suède avec une greffe d'une donneuse vivante (57) alors que celle d'une donneuse décédée a été réalisée en 2017 au Brésil. Il serait intéressant de suivre l'évolution de cette pratique qui pourrait devenir une alternative non négligeable aux choix actuellement possibles pour combattre l'infertilité. D'autant plus que deux femmes ont déjà pu en bénéficier en France : la première en 2019 et la deuxième en 2022 (58). Suite à la greffe de 2019, deux petites filles en bonne santé ont pu naître en 2021 et février 2023. Malgré les risques encourus par la chirurgie, 97,5% des femmes pouvant en bénéficier préfèrent ce choix à la GPA

ou à l'adoption (48). Il est aisément compréhensible que le choix des femmes se porte plus sur cette greffe que sur une adoption ou la gestation pour autrui. Une fois la FIV effectuée, la grossesse sera expérimentée en totalité par la future mère : les signes sympathiques de grossesse, les mouvements du bébé, les contractions, l'accouchement et l'allaitement maternel. Puisqu'il s'agit bien de la future mère qui accouche, il n'y a pas de crainte concernant le transfert des droits parentaux entre la mère porteuse et les parents d'intention et l'adage « Mater semper certa est » s'applique, n'entraînant aucun problème administratif. La femme se sent peut-être également plus légitime à se considérer comme mère avant la naissance de l'enfant étant elle-même enceinte.

On pourrait imaginer que la France légalise dans un premier temps la GPA altruiste médicale en appliquant des critères de sélection pour les parents d'intention (couple marié ou non, âgé entre 21 et 40 ans et présentant un certificat médical obligatoire attestant de l'incapacité à mener une grossesse) et pour la mère porteuse (âgée entre 21 et 35 ans, ayant déjà eu au moins un enfant, ne présentant pas de facteurs de risque comme un antécédent de césarienne ou de pré-éclampsie et ayant des tests psychologiques et physiques concluants). A distance et avec du recul, il serait alors possible d'ouvrir la GPA altruiste à toute la population qu'importe leur situation familiale et orientation sexuelle comme cela a été le cas avec le mariage.

B. Objectif secondaire

L'objectif secondaire a été de déterminer les pays dans lesquels les couples d'hommes ont accès à la GPA.

Nous avons pu lister quelques pays qui autorisent l'accès à la GPA aux couples homosexuels, il s'agit de la Belgique, du Brésil, du Canada, de l'Afrique du Sud, de l'Australie et de certains états des États-Unis.

Dans tous les pays étudiés, la prise en charge des couples d'hommes ne diffère en rien des couples hétérosexuels.

Exceptée l'Australie qui a légalisé le mariage pour tous en 2017, tous les autres pays cités ont promulgué les lois dans les années 2000.

Depuis le 1^{er} juin 2003, il est possible de se marier en Belgique qu'importe son orientation sexuelle, la Belgique devenant ainsi le deuxième pays au monde à l'autoriser.

Aux États-Unis, c'est l'état du Massachusetts qui officialise ce mariage le 17 mai 2004. Il sera suivi par d'autres états avant que ce ne soit reconnu comme légal dans tout le pays en 2015.

Le Brésil l'a autorisé le 14 mai 2013 mais depuis 2004 les couples homosexuels peuvent se diriger vers l'union civile ce qui leur permet d'obtenir des garanties similaires au mariage traditionnel.

Le Canada, quant à lui, devient en 2005 le quatrième pays à le légaliser.

Après le Canada, c'est l'Afrique du Sud qui devient le cinquième pays au monde et le premier d'Afrique à l'autoriser le 30 novembre 2006.

Nous pouvons par conséquent remarquer que les pays les plus avancés dans la légalisation de la GPA et qui l'ont ouverte à toutes les personnes qu'importe leur orientation sexuelle sont ceux qui ont traité d'autres sujets anciennement sensibles dans la société française comme le mariage pour tous bien avant que la France ne le fasse (une décennie d'écart entre ces pays et la France).

Nous ne pouvons pas prévoir le futur mais nous pouvons supposer que la France évoluera de la même manière dans quelques années. En attendant, la majorité des couples homosexuels ayant bénéficié d'une GPA se sont rendus aux États-Unis puisque plus de la moitié des agences affichent de manière claire qu'ils acceptent les personnes qu'importe leur orientation sexuelle sans oublier que les trajets en avion font partis des plus courts et des moins chers comparés aux autres pays.

C. Atteinte du but de l'étude

Ce travail de recherche avait pour objectif de comprendre quelle position adoptent les pays à propos de la GPA en analysant premièrement les différentes gestations pour autrui proposées dans le monde et en déterminant dans un second temps les pays dans lesquels les couples d'hommes y ont accès.

Pour cela, nous avons effectué une revue de la littérature. Celle-ci nous a donné accès à des données conséquentes sur nombre de pays à travers le monde nous permettant d'avoir une vision d'ensemble sur les différentes pratiques pouvant exister sur les cinq continents et notamment la place des couples homosexuels qui est encore à ses débuts.

II. Validité de l'étude

A. Atouts de l'étude

Nous avons pu travailler à partir d'une base de données conséquente et regroupant de nombreuses informations sur plusieurs pays et pratiques différentes à travers le monde et sur l'ensemble des continents mélangeant tous types de cultures et coutumes.

Concernant notre base de données, nous avons mis en place une veille documentaire jusqu'à la rédaction finale du présent mémoire afin de ne présenter que les informations les plus récentes et pertinentes.

B. Limites de l'étude

Les ressources à disposition ne nous ont pas permis de récolter davantage d'informations sur plus de pays. Le nombre peut être limité voire insuffisant en fonction des critères d'analyse. En effet, il aurait été peut-être plus judicieux de se limiter à certains pays ou continents pour optimiser les chances d'avoir des informations plus précises. Néanmoins, les textes de lois, rédigés dans des langues étrangères, limitent l'accès aux ressources.

CONCLUSION

La parentalité est un but à atteindre pour nombre de personnes en couple ou non puisque cela participe à une réussite personnelle que la société nous impose. Au contraire, l'infertilité représente plutôt un fardeau sociétal où la filiation biologique et génétique joue un rôle important. Aussi, lorsque la filiation génétique n'est pas possible pour certaines raisons, des solutions existent comme le don de sperme ou d'ovocytes. Mais les solutions accessibles pour la filiation biologique ne sont pas forcément légales ou bien acceptées par les couples en fonction des cultures. Certains sujets restent tabous malgré les préoccupations que cela peut engendrer. Ainsi, l'adoption et la gestation pour autrui sont les solutions accessibles sous conditions.

La pratique de la GPA, qu'elle soit légale ou non réglementée, n'est pas simple. Elle nécessite de prendre en compte de nombreux facteurs dont le futur de l'enfant et sa construction psychologique dans la société. Chaque pays légalise, interdit ou ne réglemente pas un certain type de maternité de substitution ouvrant des possibilités aux citoyens et aux étrangers (tourisme de procréation). Sans oublier que pour chaque type de GPA, il est possible de rajouter des conditions concernant les critères d'inclusion des parents d'intention (âge, orientation sexuelle, nationalité, situation familiale) ou de la mère porteuse (âge, test psychologique et physique, gestité et parité, opinion de sa famille). On peut ainsi conclure qu'il existe autant de gestation pour autrui que de pays ayant autorisé sa pratique.

Malgré les opinions sur le sujet, la GPA pourrait être une solution avec compromis sans compter qu'elle n'impacte pas au niveau psychologique de manière majeure les enfants par rapport à ceux issus de FIV avec don d'ovocytes (48).

En attendant, la place des professionnels de santé est et restera centrale dans la prise en charge des couples infertiles ou des personnes souhaitant fonder leur propre famille sans pour autant en avoir les capacités. Outre cette place, ils ont également un grand rôle à jouer dans le développement de nouvelles techniques comme la greffe d'utérus dont les premières naissances ont été annoncées ces dernières années et dans les débats sociétaux. En effet, leur expertise sur le sujet apportera des connaissances

précises et des arguments de poids dans les prochaines délibérations qui auront lieu peut-être dans un futur proche.

RÉFÉRENCES

1. Assemblée Nationale. Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique. Journal officiel, n° 0178 août 2, 2021 p. 9.
2. Rambeaud-Collin D, Bourdet-Loubère S, Raynaud JP. Du don d'ovocytes à la gestation pour autrui : réflexion sur le paradoxe du lien. Dialogue. 1 juin 2018;219(1):13-23.
3. Golboni F, Jalali A, Dinmohammadi M, Taghizadeh Z, Nouri P, Salahsoor MR. Factors Affecting on Couple's Decisions to Use Surrogacy: A Qualitative Study. J Family Reprod Health. déc 2019;13(4):201-8.
4. Sharma RS. Social, ethical, medical & legal aspects of surrogacy: an Indian scenario. Indian J Med Res. nov 2014;140 Suppl:S13-16.
5. Piersanti V, Consalvo F, Signore F, Del Rio A, Zaami S. Surrogacy and « Procreative Tourism ». What Does the Future Hold from the Ethical and Legal Perspectives? Medicina (Kaunas). 8 janv 2021;57(1):47.
6. OMS [Internet]. OMS. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
7. Alabi OJ. Perceptions of surrogacy within the Yoruba socio-cultural context of Ado-Ekiti, Nigeria. F1000Res. 2020;9:103.
8. Schiffino N. La régulation publique de la biomédecine. Courrier hebdomadaire du CRISP. 8 déc 2017;23482349(23):5-64.
9. Bertier G, Rial-Sebbag E, Cambon-Thomsen A. 2004–2009 : révision de la loi de bioéthique en France, quels enjeux, quels débats ? Assistance médicale à la procréation, gestation pour autrui, transplantation. Médecine & Droit. 1 janv 2010;2010(100):42-8.
10. Duguet AM, Prudil L, Hrevtsova R. Gestation pour autrui pratiquée à l'étranger : conséquences pour les couples français et évolution du cadre légal dans certains pays. Médecine & Droit. 1 mars 2014;2014(125):46-51.

11. Devers G. Gestation pour autrui, faut-il réformer ? À quel prix ? Droit, Déontologie & Soins. 1 juill 2010;10(2):140-9.
12. Henrion R, Adolphe M, Bergoignan-Esper C, Hermange MT, Mouren-Simeoni MC, Rethoré MO, et al. La gestation pour autrui au regard du mariage entre personnes de même sexe. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 avr 2014;198(4):917-50.
13. Raudrant D, Madelenat P, Salle B. Greffe d'utérus ou gestation pour autrui (GPA) : le choix est-il possible ? Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 avr 2018;46(4):385-7.
14. Belaisch-Allart J. Gestation pour autrui : crime contre l'humanité ou traitement de l'infertilité utérine ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 févr 2015;43(2):95-6.
15. Blake L, Carone N, Raffanello E, Slutsky J, Ehrhardt AA, Golombok S. Gay fathers' motivations for and feelings about surrogacy as a path to parenthood. Hum Reprod. 1 avr 2017;32(4):860-7.
16. Sreenivas K, Campo-Engelstein L. Domestic and international surrogacy laws: implications for cancer survivors. Cancer Treat Res. 2010;156:135-52.
17. Simopoulou M, Sfakianoudis K, Tsioulou P, Rapani A, Anifandis G, Pantou A, et al. Risks in surrogacy considering the embryo : from the preimplantation to the gestational and neonatal period. Biomed Res Int. 2018;2018:6287507.
18. Krause F. Caring relationships : commercial surrogacy and the ethical relevance of the other. In: Krause F, Boldt J, éditeurs. Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice. Cham (CH): Palgrave Macmillan; 2018.
19. Patel NH, Jadeja YD, Bhadarka HK, Patel MN, Patel NH, Sodagar NR. Insight into different aspects of surrogacy practices. J Hum Reprod Sci. sept 2018;11(3):212-8.
20. Aznar J, Martínez Peris M. Gestational Surrogacy: Current View. Linacre Q. févr 2019;86(1):56-67.
21. Frydman R. Contre la grossesse pour autrui (GPA). Gynécologie Obstétrique & Fertilité. mars 2010;38(3):224-5.

22. Comité Consultatif National d’Ethique. Problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui [Internet]. Comité Consultatif National d’Ethique. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr>
23. Pratviel. Les français et les questions liées à la bioéthique [Internet]. IFOP. [cité 6 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ifop.com>
24. Pr Joëlle Belaisch-Allart, Présidente élue du CNGOF. Révisions de la loi de bioéthique : les professionnels entre inquiétude et déception [Internet]. CNGOF. 2020 [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr>
25. Boissin A. Réflexion éthique sur la gestation pour autrui et représentations de cette technique dans la société française [Mémoire - Diplôme d’état de sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2019.
26. Kristinsson S. Legalizing altruistic surrogacy in response to evasive travel? An Icelandic proposal. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 1 déc 2016;3:109-19.
27. Jouan M. L’acceptabilité morale de la gestation pour autrui. *Travail, genre et sociétés*. 8 nov 2017;n° 38(2):35-52.
28. Franceinfo. Trois questions sur la filiation des enfants nés d’une GPA à l’étranger [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.francetvinfo.fr>
29. Nau JY. Grossesse pour autrui : l’étrange schizophrénie française. *Revue Medicale Suisse*. 27 mai 2015;
30. State of California. Surrogacy and donor facilitators, assisted reproduction agreements for gestational carriers, and oocyte donations. *Family code. Sect. 7, n°7962* 2015.
31. Department of health and social care. The surrogacy pathway: surrogacy and the legal process for intended parents and surrogates in England and Wales [Internet]. GOV.UK. 2021 [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.gov.uk>

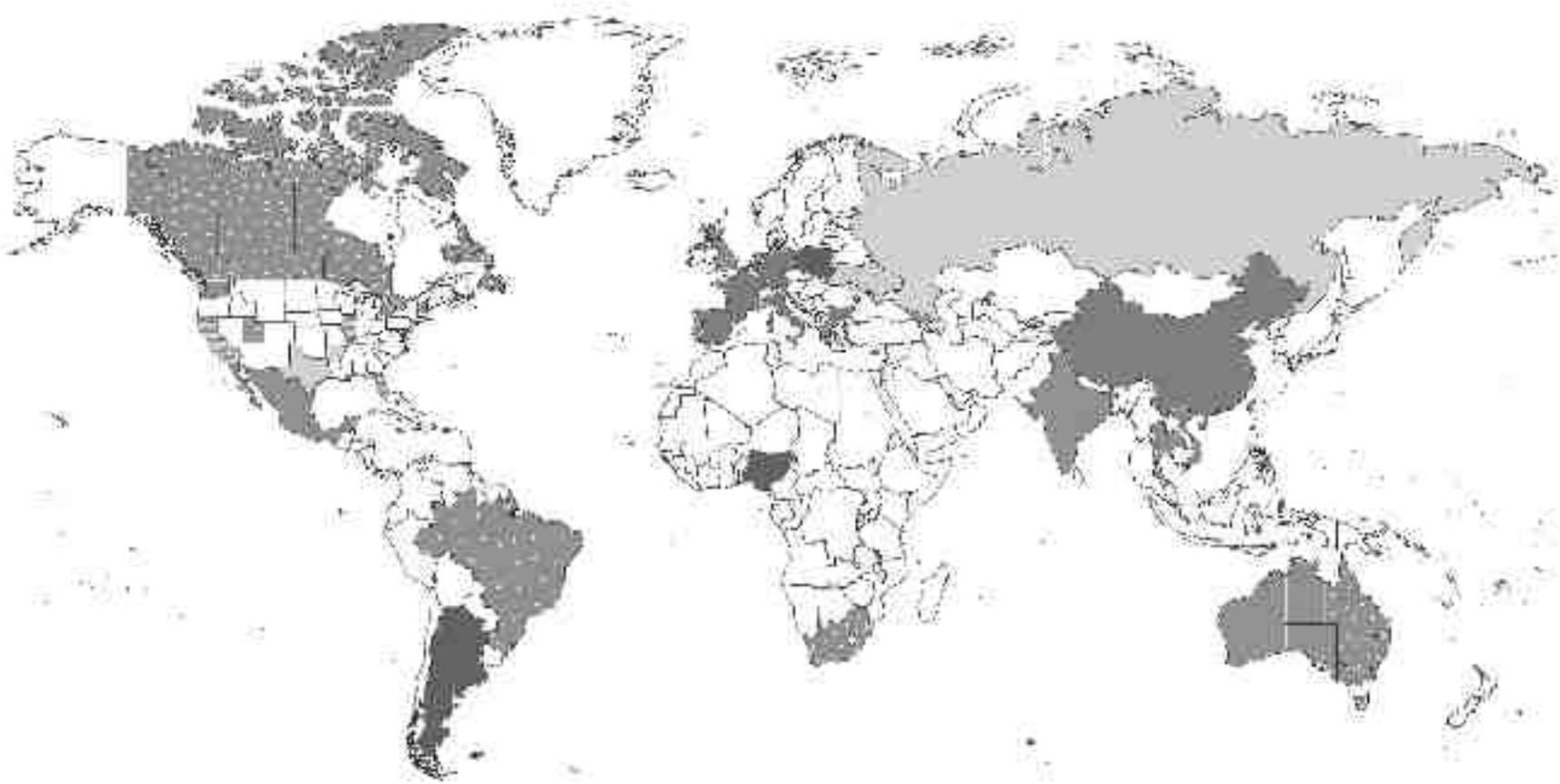
32. Anu, Kumar P, Inder D, Sharma N. Surrogacy and women's right to health in India: issues and perspective. *Indian J Public Health*. juin 2013;57(2):65-70.
33. Babygest. La GPA par pays [Internet]. Babygest. 2019 [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://babygest.com>
34. Malmanche H. Relational surrogacies excluded from the French bioethics model: a euro-american perspective in the light of Marcel Mauss and Louis Dumont. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 1 nov 2020;11:24-9.
35. Sosson J, Malmanche H. État du droit belge en matière de procréation médicalement assistée et de gestation pour autrui. Presses universitaires de Grenoble; 2020.
36. Blazier J, Janssens R. Regulating the international surrogacy market: the ethics of commercial surrogacy in the Netherlands and India. *Med Health Care Philos*. déc 2020;23(4):621-30.
37. Gomez VR, Unisa S. Surrogacy from a reproductive rights perspective : the case of India. *Autrepart*. 2014;N° 70(2):185-203.
38. Saravanan S. An ethnomethodological approach to examine exploitation in the context of capacity, trust and experience of commercial surrogacy in India. *Philos Ethics Humanit Med*. 20 août 2013;8:10.
39. Arvidsson A, Johnsdotter S, Emmelin M, Essén B. Being questioned as parents: An interview study with Swedish commissioning parents using transnational surrogacy. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 1 juin 2019;8:23-31.
40. Timms O. Ending commercial surrogacy in India: significance of the Surrogacy (Regulation) Bill, 2016. *Indian J Med Ethics*. juin 2018;3(2):99-102.
41. Raposo VL. The new Portuguese law on surrogacy - The story of how a promising law does not really regulate surrogacy arrangements. *JBRA Assist Reprod*. 1 sept 2017;21(3):230-9.

42. Hibino Y. Non-commercial Surrogacy in Thailand: Ethical, Legal, and Social Implications in Local and Global Contexts. *Asian Bioeth Rev.* juin 2020;12(2):135-47.
43. Birenbaum-Carmeli D, Montebruno P. Incidence of surrogacy in the USA and Israel and implications on women's health: a quantitative comparison. *J Assist Reprod Genet.* déc 2019;36(12):2459-69.
44. Dermout S, van de Wiel H, Heintz P, Jansen K, Ankum W. Non-commercial surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy, from 1997 to 2004. *Hum Reprod.* févr 2010;25(2):443-9.
45. Fenton-Glynn C. Outsourcing ethical dilemmas: regulating international surrogacy arrangements. *Med Law Rev.* 2016;24(1):59-75.
46. Kipouridou K, Milapidou M. Chapitre 5. Surrogacy in Greece. The legal framework: a viable model. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences.* 7 juin 2019;Vol. 30(1):117-32.
47. Hammarberg K, Johnson L, Petrillo T. Gamete and embryo donation and surrogacy in australia: the social context and regulatory framework. *Int J Fertil Steril.* janv 2011;4(4):176-83.
48. Jones BP, Ranaei-Zamani N, Vali S, Williams N, Saso S, Thum MY, et al. Options for acquiring motherhood in absolute uterine factor infertility; adoption, surrogacy and uterine transplantation. *Obstet Gynaecol.* avr 2021;23(2):138-47.
49. Merchant J. Le cadre juridique et politique gouvernant la gestation pour autrui aux États-Unis. *Ethnologie française.* 25 juill 2017;47(3):421-4.
50. Courduriès J. At the nation's doorstep: the fate of children in France born via surrogacy. *Reproductive Biomedicine & Society Online.* 1 nov 2018;7:47-54.
51. Jacobson H. A limited market: the recruitment of gay men as surrogacy clients by the infertility industry in the USA. *Reproductive Biomedicine & Society Online.* 1 nov 2018;7:14-23.

52. Association MAIA. Association MAIA : vous soutenir dans votre désir d'être parent [Internet]. MAIA. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://maia-asso.org/>
53. Chiang WT, Chou TY. A survey of judicial decisions concerning surrogacy disputes in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 août 2018;57(4):517-21.
54. Brunet L, Jouan M. Rémunérer la gestation pour autrui : contextes, enjeux, limites. *Regards croisés sur l'économie*. 2020;27(2):174-83.
55. Secrétariat général du Gouvernement. Legifrance [Internet]. Legifrance. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
56. Testa G, Koon EC, Johannesson L. Living Donor Uterus Transplant and Surrogacy: Ethical Analysis According to the Principle of Equipoise. *Am J Transplant*. avr 2017;17(4):912-6.
57. Nakazawa A, Hirata T, Arakawa T, Nagashima N, Fukuda S, Neriishi K, et al. A survey of public attitudes toward uterus transplantation, surrogacy, and adoption in Japan. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223571.
58. Un deuxième bébé né après une greffe d'utérus en France [Internet]. *Médicformation*. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://medicformation.fr>

ANNEXE II

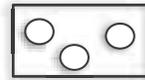
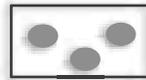
Nous avons établi une carte de l'ensemble des pays étudiés lors de nos recherches.



Carte I : Synthèse des différentes gestations pour autrui

Légende :

Marché libre : GPA commerciale : GPA altruiste : GPA interdit : GPA médicale : Couples homosexuels acceptés :



RÉSUMÉ

Introduction : Le 2 août 2021, la Loi n°2021-1017 relative à la bioéthique a été promulguée, conservant l'interdiction de toute pratique de la gestation pour autrui sur le territoire français. Ce travail a pour objectif d'analyser et connaître le point de vue d'autres pays ainsi que les différentes GPA existantes.

Matériel et méthode : Afin de connaître la position de différents pays dans le monde sur cette pratique prenant de plus en plus d'ampleur dans les débats sociétaux, nous avons effectué une revue de la littérature. Les ressources ont été sélectionnées via plusieurs mots-clés « reproductive medicine, donor conception, reproductive rights, gay et bioethical issue » dans les bases de données en ligne « Pubmed, Sciencedirect et Cairn ».

Résultats : Nous avons pu constater que chaque pays qui autorise la GPA a sa propre manière de faire en instaurant ses lois et ses critères d'inclusion et d'exclusion. La majorité des divergences se concentre sur les critères concernant les parents d'intention (âge, situation familiale, motif, orientation sexuelle) et la mère porteuse (âge, accord du partenaire, gestité et parité, antécédents obstétricaux). A contrario, les pays la refusant veulent protéger les droits de la femme et indirectement ceux de l'enfant même si pour son bien-être ils acceptent d'inscrire dans le livret de famille la filiation avec ses parents d'intention. Certains pays ont choisi de faire un compromis en ne légalisant que la gestation pour autrui médicale pour les femmes souffrant de certaines pathologies.

Conclusion : La GPA est une solution pour les couples souhaitant des liens génétiques avec leurs enfants. Les autres solutions comme l'adoption et depuis peu, la greffe d'utérus restent actuellement marginales.

Mots clés : gestation pour autrui, infertilité, éthique, médecine de reproduction