

LA MATERNITÉ DÉPLOYÉE

Du « don de gestation » au *don d'enfement*



Directeur de recherche : Bertrand Pulman

Rapporteuse : Irène Théry

Mémoire de sociologie

École des Hautes Études en Sciences Sociales

Septembre 2014

*« Nulle part, dans aucune société, un homme et une femme
n'ont jamais été pensés comme suffisants pour faire un enfant. »*

Maurice Godelier,
Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie,
Flammarion, 2010, p. 39.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
ÉTAT DE LA QUESTION	7
I. HISTORIQUE ET CADRE JURIDIQUE DE LA GPA	7
En France	7
À l'international	9
L'avènement de la « <i>cross-border reproductive surrogacy</i> »	11
Les voix du débat français	12
II. ÉTAT DE L'ART	13
La littérature française	15
III. CADRE CONCEPTUEL, PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	17
MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	19
Les caractéristiques de l'enquête	20
Le déroulement de l'enquête	23
Compléter le terrain	25
Les biais de l'enquête	26
Première partie : DE L'INFERTILITÉ À LA PARENTALITÉ	28
I. L'INFERTILITÉ : UN DEUIL ?	28
Stérilités chirurgicales, stérilités congénitales	29
Devenir mère : un impossible ?	31
Et pourquoi pas l'adoption ?	33
II. LE CHOIX DE LA GESTATION POUR AUTRUI	37
Les circonstances du choix	37
Une démarche active et réfléchie	40
Du côté des gestatrices	42
Les difficultés de l'entourage	43
III. CHOISIR LA DONNEUSE, CHOISIR LA GESTATRICE	46
Le don incarné : le refus de l'anonymat	46
Le langage amoureux	47
La référence à la famille	48

Deuxième partie : LE TEMPS DE L'ENFANTEMENT	51
I. LA GROSSESSE	51
Entre sécurité et rentabilité	52
Les incertitudes du premier trimestre : le transfert	55
Interactions et dialogue	56
Les stratégies de « mise à distance » psychique	58
Les complications obstétricales	60
L'aide tacite ou manifeste des praticiens français	62
II. L'ACCOUCHEMENT	64
Le projet de naissance	66
Les rituels de naissance	68
Le retour à la maison	70
III. MASCULIN/FÉMININ : LA PENSÉE DE LA RESSEMBLANCE ?	71
Les pères au travers du discours des femmes	72
La mère d'intention, miroir du masculin ?	74
IV. APRÈS LA GPA	76
Un grossesse « unique » en son genre ?	76
Le devenir des embryons congelés	77
Troisième partie : REPENSER LA MATERNITÉ	79
I. PROCRÉATION ET ENGENDREMENT	79
La maternité « divisée » ?	79
Intégrer une nouvelle dimension : l'enfantement	80
Comprendre le refus de la <i>traditional surrogacy</i>	83
II. DU « DON DE GESTATION » AU DON D'ENFANTEMENT	89
La fin des tabous	89
Un statut à inventer	91
La mise en jeu du réseau relationnel	93
III. MATERNITÉ PARTAGÉE, MATERNITÉ DÉPLOYÉE :	
LA FIN DE LA MATERNITÉ IMPENSABLE	95
Dissocier la filiation maternelle de l'enfantement	95
Réintégrer la gestatrice et la donneuse au sein d'une <i>maternité déployée</i>	97
CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	102
ANNEXES	105
BIBLIOGRAPHIE	110
REMERCIEMENTS	119

INTRODUCTION

Qu'en est-il aujourd'hui de la gestation pour autrui (GPA) ? Si le fait de porter un enfant destiné à être élevé par d'autres est une pratique ancienne (Héritier, 1985, p. 17, p. 20 ; Mehl, 2011, p. 97), la *gestation* pour autrui à proprement parler – c'est-à-dire, pour une femme, le fait de porter un embryon qui n'est pas issu de ses ovocytes, donc qui ne lui est pas relié génétiquement – n'a pu voir le jour qu'à partir du moment où l'externalisation des ovocytes et leur fécondation in vitro (FIV) ont été possibles (*ibid.*).

En France, bien que la pratique soit interdite¹, il existe néanmoins des familles françaises qui se sont constituées grâce à la GPA, et d'autres sont en train de naître grâce à cette technique. L'objet de notre enquête est de comprendre, au travers du discours des « parents d'intention » qui élèveront l'enfant et des « gestatrices » qui ont porté pour d'autres, le vécu d'une gestation pour autrui. Cette technique spécifique de procréation médicalement assistée (PMA) consiste à transférer dans l'utérus d'une femme un embryon qui n'a aucun lien génétique avec elle, dans le but de porter le fœtus jusqu'à son terme et de donner naissance à un nouveau-né qui ne sera pas son enfant, mais celui des parents d'intention.

Dès lors que la femme qui accouche n'est plus désignée comme la mère de l'enfant qu'elle a mis au monde, comment s'organisent les rôles de chacun autour d'une *maternité à plusieurs* ? Comment les parents d'intention envisagent-ils la place de celle qui porte leur enfant ? Comment la gestatrice vit-elle la grossesse et l'accouchement, quels types de liens établit-elle avec le fœtus, avec les parents d'intention ? De la même manière, comment est vécu le temps de la grossesse et de la naissance par les parents d'intention ? *In fine*, peut-on penser une maternité commune à plusieurs femmes, et si oui comment ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons monté un dispositif d'enquête par entretiens avec des personnes impliquées ou ayant été impliquées dans une gestation pour autrui. Dans le cadre du master et à cause de notre activité professionnelle

¹ Article 16-7 du Code Civil : « Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle. »

continue, il nous était impossible de nous déplacer à l'étranger pour interroger des gestatrices ou des mères d'intention. Cette contrainte a fortement limité l'ampleur de l'échantillon, se surajoutant à la faible fréquence de la pratique – quelques centaines de cas par an en France selon les associations (Rozée, La Rochebrochard, 2010, p. 112). Au total, nous avons réussi à recruter et interroger sept femmes : deux d'entre elles ont porté pour autrui, cinq d'entre elles sont des mères d'intention. Parmi les cinq mères d'intention, trois sont déjà mères, une va l'être dans quelques mois car la grossesse est en cours, et la dernière est en attente de validation de son dossier par l'équipe médicale d'accueil, donc la procédure n'a pas encore commencé. La diversité des « stades » où se trouvent les mères d'intention offre une richesse de matériau correspondant à la diversité des préoccupations dans lesquelles ces femmes se trouvent au moment où nous menons l'entretien. L'absence de témoignage masculin est remarquable, puisque nos appels à témoin étaient en direction des couples et non des femmes spécifiquement ; nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Enfin et pour plus de clarté pour le lecteur, il nous a semblé important de préciser les choix lexicaux auxquels nous avons dû procéder. Étant donné la grande diversité de vocabulaire à disposition concernant notre sujet, il a fallu arrêter un choix pour identifier et qualifier les statuts de chacun de la même manière tout au long du présent mémoire.

Nous utiliserons les termes « père d'intention » et « mère d'intention » pour parler des membres du couple à l'origine du projet d'enfant et qui seront *in fine* les seuls parents légaux de l'enfant. Différents types de gestation pour autrui existent et sont souvent tous désignés par une seule et même expression (Delaisi de Parseval, 2006, p.721 ; Hofman, 2009, p. 451). Afin de les distinguer nous employons le terme de « gestation pour autrui » ou sous sa forme abrégée « GPA » pour qualifier le processus consistant à porter un enfant pour un couple, enfant n'ayant aucun lien génétique avec celle qui le porte, que l'ovocyte soit celui de la mère d'intention ou d'une donneuse. Lorsque cela est utile au propos, nous utiliserons le terme « GPA-don » pour désigner une GPA avec don d'ovocyte et la distinguer de la GPA avec ovocyte de la mère d'intention. Nous utilisons l'expression anglaise « *traditional surrogacy* » quand une seule et même femme donne ses ovocytes et porte l'enfant qui en est issu pour les parents d'intention. Nous choisissons d'utiliser le terme générique de « gestatrice » pour

qualifier la femme qui porte, bien que la dimension gestationnelle sur laquelle le mot « gestatrice » met l'accent soit parcellaire face à la richesse et la complexité du rôle de la femme qui porte et accouche dans une GPA. À ce titre nous suivons les recommandations des associations d'usagers qui préconisent l'utilisation du terme « gestatrice » plutôt que des expressions telles que « mère porteuse » ou « mère de substitution ».¹ De la même manière, nous suivons le choix du législateur d'utiliser le terme « gestation pour autrui » plutôt que « maternité pour autrui » (Catto, 2013, p. 121). Nous conserverons le terme de « donneuse d'ovocyte » même si pour les deux enquêtées qui ont eu recours à des ovocytes tiers, le « don » d'ovocytes était rémunéré. Ce paradoxe du « don » rémunéré est relevé par plusieurs auteurs. Bertrand Pulman remarque que si un « don » est rémunéré, il devrait alors être considéré non plus comme une « donation » mais comme une « cession » (2010, p. 128) ; dans une vision plus radicale, Donna L. Dickenson considère qu'un qualificatif plus exact serait « vendeuse d'ovocyte » : « *Paid egg 'donors' should more accurately be termed egg 'sellers'* »² (2011, p. 175). Dans ce cas précis, il nous a semblé plus opportun de conserver la qualification indigène qui a l'avantage d'être aisément compréhensible, et qui reflète la dimension altruiste du geste, qui est celle que les enquêtées retiennent – nous le verrons ultérieurement. Le choix du terme « don » n'exclut ou ne nie pas la mise en jeu d'argent à certains niveaux du processus. En effet la question financière est toujours présente chez nos enquêtés et à tout niveau (dédommagements de la gestatrice et le cas échéant de la donneuse, frais de transports, frais médicaux, frais juridiques, etc.), que la GPA soit altruiste ou dédommée ; elle n'est pourtant jamais vécue comme une *transaction financière* et est envisagée comme *le coût* inhérent à la venue de l'enfant et non comme *le paiement* d'un service demandé. Nous pourrions ainsi reprendre à notre compte et adapter la célèbre phrase : « Donner la vie n'a pas de prix, mais cela a un coût ».³

¹ Les associations MAIA et C.L.A.R.A. insistent sur l'unicité de la mère et bannissent toutes les expressions pouvant prêter à confusion et attribuant un rôle de « mère » à celle qui porte.

² « On devrait plutôt appeler les 'donneuses' d'ovocytes rémunérées 'vendeuses' d'ovocytes ».

³ Sur l'exemple « La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ».

ÉTAT DE LA QUESTION

I. HISTORIQUE ET CADRE JURIDIQUE DE LA GPA

À partir des années 1980, le recours à la fécondation in vitro (FIV) rend possible de manière inédite la transmission de leur patrimoine génétique par des femmes privées d'utérus (ou dotée d'un utérus non fonctionnel) mais dont la fonction ovarienne est préservée, grâce à la gestation pour autrui (Pulman, 2010, pp. 219-220). Si la *traditional surrogacy* n'a pas attendu la technique pour voir le jour, la *gestation* pour autrui est une « innovation de l'ère technologique » (Mehl, 2011, p. 97). La *traditional surrogacy* est progressivement remplacée par la GPA, à tel point que certains États américains légifèrent pour n'autoriser le recours à une gestatrice que lorsqu'il n'y a pas de lien génétique entre la femme qui porte et l'embryon qui lui est implanté¹. Le recours à la FIV dans le cadre de la GPA permet de distinguer la composante génétique de la composante gestationnelle (*ibid.*) : l'enfant n'a pas de lien génétique avec la gestatrice, que l'ovocyte fécondé soit issu de la mère d'intention ou d'une donneuse tierce. Au delà de la dissociation entre sexualité, procréation et engendrement² rendue possible par la FIV (Théry, 2010), la gestation pour autrui dissocie accouchement et filiation puisque celle qui accouche ne sera pas la mère au sens du droit ; l'adage latin « *mater semper certa est* »³ est battu en brèche. Les trois dimensions de la maternité, génétique, gestationnelle et légale (Mehl, 2011, p. 97) ne sont plus confondues en une seule et même femme, proposant de nouvelles formes de parentalité.

En France

Les premières jurisprudences portant sur l'aide à la maternité pour autrui apparaissent à la fin des années 1980, avec la dissolution de deux associations dont le but était de mettre en relation des couples demandeurs et des femmes prêtes à s'engager

¹ C'est notamment le cas de l'Illinois, l'Utah, ou encore du North Dakota, qui interdisent la *traditional surrogacy*. Voir : <http://www.americanprogress.org/issues/women/news/2007/12/17/3758/guide-to-state-surrogacy-laws/#VP>

² Nous reprenons la définition d'Irène Théry qui distingue la procréation de l'engendrement, l'une étant la composante biologique et charnelle, l'autre étant la dimension sociale de la parentalité.

³ *Mater semper certa est* : la mère est toujours certaine.

dans une maternité pour autrui. En 1988, le Conseil d'État acte la dissolution de l'association « Les Cigognes », dont le but était de mettre en relation des femmes stériles avec des « mères de substitution », au motif principal que cela constituait un abandon d'enfant.¹ À peine deux ans plus tard, la Cour de Cassation entérine la dissolution de l'association « Alma Mater », au motif que « la mise à la disposition [...] des fonctions reproductrices de la mère et sur l'enfant à naître [...] contreviennent au principe d'ordre public de l'indisponibilité de l'état des personnes » et constituent un détournement de l'institution de l'adoption. Il est stipulé dans cet arrêt que « la reconnaissance du caractère illicite de la maternité pour autrui et des associations qui s'efforcent de la promouvoir [...] se déduit des principes généraux du Code civil et des règles qui sont communes à toutes les filiations ».²

Le 31 mai 1991, la Cour de Cassation rend la décision suivante : « 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 tant au principe d'ordre public de l'indisponibilité du corps humain qu'à celui de l'indisponibilité de l'état des personnes. »³ S'ensuit la création des lois de 1994 dites « de bioéthique » qui inscrit dans le Code civil l'interdiction de la gestation pour autrui (Catto, 2013, p. 103).

En 2002, un arrêt de la Cour d'appel de Rennes rappelle la légitimité de l'adage latin « *mater semper certa est* » par la force de l'usage, rapprochant cette « évidence » d'une autre – qui n'en est plus une depuis 2013 –, à savoir l'absence de nécessité de définir le mariage comme étant l'union d'un homme et d'une femme : « la loi française ne donne pas une définition de la mère⁴ tout comme elle ne dit pas que le mariage est l'union d'un homme et d'une femme tant ces notions sont inscrites dans les mentalités depuis des siècles ; [...] l'adage latin *mater semper certa est* qui signifie que la mère est celle qui a accouché de l'enfant trouve application en France même si ce principe est atténué par la possibilité d'accoucher anonymement et par l'obligation qu'a le plus souvent la mère naturelle de reconnaître son enfant ».

¹ Décision du Conseil d'État en date du 22 janvier 1988 consultable à l'adresse : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/documentation/dossiers-thematiques/2001-anniv.-loi-de-1901-relative-au-contrat-d-association/conseil-d-etat-decision-du-22-janvier-1988.16465.html>

² Arrêt de la Cour de Cassation du 13 décembre 1989 consultable à l'adresse : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/documentation/dossiers-thematiques/2001-anniv.-loi-de-1901-relative-au-contrat-d-association/cour-de-cassation-arret-du-13-decembre-1989.16467.html>

³ Cour de Cassation, Assemblée plénière du 31 mai 1991, consultable à l'adresse :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007026778>

⁴ Contrairement au droit allemand par exemple (cf. *Bürgerliches Gesetzbuch* #1591), où il est clairement stipulé que « *Mutter eines Kindes ist die Frau, die es geboren hat* » : la mère d'un enfant est la femme qui l'a mis au monde.

En 2004 puis en 2011, les révisions successives des lois dites « de bioéthique » conserveront en l'état l'interdiction de toute forme de GPA.

À l'international

Deux cas jurisprudentiels américains particulièrement célèbres ont marqué les réflexions juridiques sur la maternité et la gestation pour autrui : *Baby M. case* en 1988 et *Johnson vs. Calvert case* en 1993¹ (Bender, 2003 ; Damelio, Sorensen, 2008 ; Hofman, 2009). Ils ont soulevé de nombreuses questions concernant la parentalité, la famille, la reproduction et la filiation (Ragoné, 1996, p. 352). Aux États-Unis, où la pratique est possible² dans la majorité des États selon des réglementations variées (Merchant, 2009, p. 185), la *Society for Assisted Reproductive Technology (SART)* et le *Center for Disease Control (CRC)* relèvent, entre 2004 et 2008, une augmentation de 85% des pratiques de GPA, augmentation bien supérieure à l'augmentation de la pratique de la FIV aux USA (Gugucheva, 2010, p. 28). Ces constats sont à pondérer par l'ensemble des chiffres du *CRC* américain : la GPA représente 1% des pratiques de procréation médicalement assistée (PMA) au États-Unis, chiffre constant depuis 1998 (Merchant, 2009, p. 68 ; 2012, p. 184) ; il faut également rappeler que seule la *gestational surrogacy*³ peut faire l'objet de statistiques élaborées par la *SART* et le *CRC*, et il est légitime de penser que la possibilité offerte aux parents de transmettre leur propre patrimoine génétique via une *gestational surrogacy* peut déplacer la demande de la *traditional* vers la *gestational surrogacy*, sans pour autant augmenter la pratique globale ; elle est peut-être simplement plus visible aujourd'hui.

¹ On rappelle brièvement ces deux cas : Le couple Stern avait fait appel à Mary Beth Whitehead pour porter leur enfant car Ms. Stern, atteinte de sclérose en plaque, risquait une paralysie pendant la grossesse. Il est donc procédé à une *full surrogacy* : Mary Beth Whitehead est inséminée avec le sperme de Mr. Stern. À la naissance, Ms. Whitehead refuse de se séparer de l'enfant ; l'affaire se poursuit devant les tribunaux, la Cour supérieure du New Jersey attribuant initialement la filiation aux Stern, puis la Cour suprême cassant la décision et rétablissant la filiation maternelle avec Ms. Whitehead, laissant néanmoins la garde aux Stern – seul un droit de visite fut accordé à Ms. Whitehead. À 18 ans, Melissa Stern, dite « *Baby M.* », demanda la rupture de filiation avec Ms Whitehead afin d'être adoptée par Ms. Stern.

Dans le cas *Johnson vs. Calvert*, Anna Johnson reçut un embryon issu des gamètes de Mr. & Ms. Calvert. Après détérioration des relations entre le couple Calvert et Anna Johnson durant la grossesse, Ms. Johnson menaça de ne pas leur confier l'enfant à la naissance. Le couple Calvert obtint toujours gain de cause devant les tribunaux californiens, malgré les nombreux appels de Ms. Johnson, au motif qu'au moment de la conception, seule Ms. Calvert avait l'intention d'être la mère de l'enfant.

² D'après Jennifer Merchant (en 2009), seulement quelques États américains ont légiféré spécifiquement à propos de la GPA : sept l'interdisent totalement et la sanctionnent, quatre ne la reconnaissent pas, quatre la reconnaissent uniquement si elle est altruiste, quatre reconnaissent totalement la validité d'un contrat autorisant le paiement d'une gestatrice. Les autres États laissent la jurisprudence arbitrer au cas par cas, sans législation dédiée.

³ Les anglophones distinguent *traditional surrogacy* (i.e. maternité pour autrui, où porteuse et donneuse d'ovocyte sont confondues) et *gestational surrogacy* (où porteuse et donneuse d'ovocyte sont distinctes).

Au Canada, l'*Assisted Human Reproduction Act* de 2004¹ régule la pratique de la gestation pour autrui : elle est autorisée et non-rémunérée (la gestatrice est cependant indemnisée à hauteur de l'ensemble des frais liés directement ou indirectement à la grossesse : alimentation, vêtements, frais médicaux, frais de voyages liés à la GPA, frais de garde d'enfants, etc.), sauf dans la province de Québec où le contrat est frappé de nullité. *Traditional surrogacy* et *gestational surrogacy* sont toutes deux possibles, bien que les modalités juridiques soient plus sécurisées dans le cas d'une *gestational surrogacy*, raison pour laquelle cette méthode est préférée par les équipes médicales à l'insémination simple.² L'absence de statistique officielle ne permet pas de décompte précis, mais la pratique est estimée entre 50 et 100 naissances par an.³

Au regard de l'utilisation globale des techniques de PMA dans toute l'Amérique du Nord, la pratique de la GPA reste donc largement minoritaire aujourd'hui.

En Europe, les législations sont disparates : après une tentative infructueuse d'interdiction en 1989 par le Parlement européen (Catto, 2013, p. 103), la Cour européenne des droits de l'homme a récemment réaffirmé la souveraineté des États européens en matière de GPA lors de la condamnation de la France dans l'affaire *Mennesson*⁴.

En 2004, la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe publie un rapport portant sur la gestation pour autrui en Europe et dans le monde, recensant les pays interdisant, tolérant ou régulant la GPA. Il en ressort, sur 43 pays étudiés, que 21 États rendent illicite la pratique contre 27 qui l'autorisent, la tolèrent ou n'ont pas légiféré sur la question (cinq pays n'ont pas répondu au questionnaire).⁵

En 2008, un rapport de droit comparé⁶ couvrant l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suisse, le Canada et les États-Unis résume ainsi les législations des pays étudiés :

¹ Consultable à cette adresse : <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/A-13.4/>

² Voir : <http://www.fertilitylawcanada.com/surrogacy-law-in-canada.html>

³ Source : <http://www.surrogacy.ca/resources/faq.html>

⁴ Compte-rendu intégral sur : [http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx#{\"itemid\":\[\"001-145179](http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx#{\)

⁵ Cité dans : [http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-110100#{\"itemid\":\[\"001-110100](http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-110100#{\)

⁶ Rapport publié par le Sénat français, consultable sur : <http://www.senat.fr/lc/lc182/lc182.pdf>

« Comme la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la Suisse prohibent la gestation pour autrui ; la Belgique et le Danemark n'interdisent pas la gestation pour autrui, mais le droit de la filiation limite cette pratique ; aux Pays-Bas, la gestation pour autrui, admise par le droit médical dans des conditions très strictes, n'est pas reconnue par le droit civil ; au Royaume-Uni, où la loi prévoit la gestation pour autrui pratiquée à titre gratuit et où le droit de la filiation a été aménagé en conséquence, les conventions de gestation pour autrui n'ont aucun caractère exécutoire. [L'examen des dispositions juridiques relatives à la gestation pour autrui] révèle également la grande disparité des règles en Amérique du Nord d'une province à l'autre au Canada et d'un État à l'autre aux États-Unis. »

On constate que tout l'éventail législatif est présent en Europe : de l'interdiction formelle (France, Allemagne, Italie, Espagne) à la réglementation de la pratique (Royaume-Uni, Pays-Bas, Grèce), en passant par l'absence de législation (Belgique, Danemark). En Belgique, le fait que la loi reste muette à ce sujet permet aux équipes médicales de définir un protocole concernant la GPA et de fixer leurs propres critères médico-éthiques.¹

L'avènement de la « *cross-border surrogacy* »

En France, l'illicéité de la GPA pousse les couples à se tourner vers l'étranger, malgré la difficulté à faire reconnaître le lien filiatif avec l'enfant. D'après l'association MAIA, ce seraient chaque année 300 à 400 couples qui auraient recours à une GPA transfrontalière (Rozée, La Rochebrochard, 2010, p. 112) ; la pratique semble en augmentation en France avec la démocratisation de la GPA pour les couples d'hommes (Gross, 2014, p. 26).

Vers quels pays se tournent les couples demandeurs ? Parmi ceux fréquemment cités ou recommandés par les associations² figurent en tête le Canada et les USA ; la Belgique est également conseillée pour des couples français ayant une gestatrice déjà

¹ Selon le rapport du Sénat, la pratique de GPA en Belgique ne concernerait que quelques cas par an, dont la plupart seraient effectuées pour des étrangers.

² Bien qu'il n'y ait aucune recommandation formelle, les membres des associations d'usagers recommandent lors des colloques, rencontres et groupes de parole de se tourner préférentiellement vers le Canada ou certains États américains où la pratique est ancienne et spécifiquement encadrée (comme la Californie, l'Illinois ou le Massachusetts).

connue, bien qu'il n'y ait aucune disposition législative concernant les modalités d'établissement de la filiation. Ces mêmes associations déconseillent fortement de se tourner vers l'Inde ou l'Ukraine¹ malgré leur apparente attractivité financière, en raison des controverses qu'ils suscitent (Duguet, Prudil, Hrevtsova, 2014, p. 48) et au vu des difficultés à faire reconnaître leurs droits parentaux et à faire sortir les enfants du territoire² (Ergas, 2012, pp. 21-22). Israël ou le Royaume-Uni peuvent être une solution pour des couples français dont au moins l'un des deux membres a la nationalité israélienne ou britannique. Cette migration temporaire et spécifique est qualifiée par certains auteurs de « *cross-border reproductive care* » (Shenfield, de Mouzon, Pennings *et al.*, 2010 ; Rozée, La Rochebrochard, 2010), rompant avec l'expression répandue : « tourisme procréatif » (Bosse-Platière, 2006). Pour notre part, nous choisissons de parler de GPA transfrontalière, ou « *cross-border reproductive surrogacy* » (Ergas, 2012) car l'expression « tourisme procréatif » n'est pas sans rappeler le « tourisme sexuel », entretenant le rapport implicite souvent évoqué entre GPA et prostitution (Canto-Sperber, Frydman, 2008, p. 191 ; Fabre-Magnan, 2013, p. 93-96).

Les voix du débat français

Au sein du débat national qu'est le nôtre s'élèvent des voix pour ou contre la gestation pour autrui, émanant de tous horizons : monde médical, universitaire, politique, religieux, psychanalytique, journalistique, ou encore de la société civile. Nous citerons ici quelques figures emblématiques, sans évoquer en détails leurs argumentaires individuels.³ Certains gynécologues-obstétriciens comme Israël Nisand (Strasbourg), Thierry Harvey (Paris 12^e) ou François Olivennes (Neuilly), suivant des convictions personnelles distinctes, s'expriment en faveur d'une ouverture – sous conditions – à la GPA en France. De l'autre côté de l'échiquier médical, le professeur René Frydman (Suresnes) constitue la figure de proue de la lutte contre la GPA, dénonçant la « survalorisation du génétique [qui] entraîne un repli sur soi, une fermeture à l'autre et ouvre la porte à toutes les idéologies élitistes contraires à la démocratie » (Canto-Sperber, Frydman, 2008, p. 246). Parmi les opposants français à la GPA,

¹ Voir : <http://www.maia-asso.org/news/l-actu-de-l-infertilite/Page-3.html>

² Ces événements malheureux font régulièrement l'objet d'articles de presse : <http://www.leparisien.fr/societe/les-parents-des-enfants-apatrides-toujours-bloques-en-ukraine-17-04-2011-1410885.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.fr%2F>

³ Nous les évoquerons et les mettrons en regard des discours des enquêtées dans la suite de ce mémoire.

certaines expriment leur point de vue au travers des médias comme la philosophe Sylviane Agacinski, les juristes Muriel Fabre-Magnan et Marie-Anne Frison-Roche, le psychanalyste Jean-Pierre Winter, l'ancienne ministre Christine Boutin, la pédiatre et psychanalyste Catherine Dolto, ou encore le prêtre et psychanalyste Tony Anatrella. Les partisans de la levée de l'interdiction du recours à la GPA sont entre autres représentés par la ministre Najat Vallaud-Belkacem, le couple Mennesson et Laure Camborieux (respectivement fondateurs de l'association C.L.A.R.A.¹ et MAIA), la philosophe Élisabeth Badinter, la sociologue Dominique Mehl, l'anthropologue Maurice Godelier, la politologue Jennifer Merchant, ainsi que les psychanalystes Serge Hefez et Geneviève Delaisi de Parseval.

Récemment, certains opposants se sont réunis au sein du Collectif pour le Respect de la Personne et s'expriment au travers d'un blog nouvellement créé². Par ailleurs chacun des deux camps a manifesté publiquement son approbation ou son désaccord sous forme de lettres ouvertes et de pétitions, regroupant les signatures de plusieurs dizaines de personnages publics³.

II. ÉTAT DE L'ART

Il existe une abondante littérature en sciences humaines francophones et anglophones sur les nouvelles biotechniques reproductives et l'ensemble des questions qu'elles soulèvent. Les publications ayant spécifiquement trait à la GPA sont récentes (quasiment toutes après les années 2000), la technique étant elle-même à ses débuts. Elly Teman souligne que la proportion d'écrits sur le vécu de la GPA et s'appuyant sur une ethnographie originale est faible (2008, p. 1105).

La gestation pour autrui a pour caractéristique de recouper différents sujets faisant débat sur la scène internationale : les conséquences des nouvelles technologies

¹ Comité de soutien pour la Légalisation de la GPA (Gestation Pour Autrui) et l'Aide à la Reproduction Assistée

² <http://collectif-corp.com/>

³ Du côté des partisans : <http://www.najat-vallaud-belkacem.com/2010/12/13/60-personnalites-sengagent-pour-une-gestation-pour-autrui-encadree/> ; <http://claradoc.gpa.free.fr/doc/appe1090328.pdf>

La réponse des opposants :

https://secure.avaaz.org/fr/petition/Monsieur_le_President_de_la_Republique_protégez_les_femmes_et_les_enfants_des_contrats_de_mere_porteuse_GPA/?nIIZMhb

reproductives sur les représentations du modèle familial (Delaisi de Parseval, 2007 ; Collard, Zonabend, 2013), l'économie de marché appliquée au corps humain et sa régulation (Humbyrd, 2009 ; Merchant, 2009 ; Dickenson, 2013), la transhumance des individus en quête de GPA (Bosse-Platière, 2006 ; Ergas, 2012 ; Duguet, 2014), l'hétérogénéité des cadres juridiques (Baughman, 2001 ; Gugucheva, 2010 ; Merchant, 2012), la GPA comme travail (Damelio, Sorensen, 2008 ; Van Zyl, Walker, 2012), le droit des femmes (Iacub, 2004 ; Catto, 2013). Différents travaux ont été publiés sur les motivations des gestatrices (Ciccarelli, Beckman, 2005 ; Levine 2003 ; Teman, 2008), la nature des liens entre une femme et l'enfant qu'elle porte (Levine, 2003 ; Gross, 2014 ; Dolto, 2014), le jeu relationnel entre la gestatrice et les futurs parents (Ragoné, 1996 ; Jadvá *et al.*, 2003 ; Cailleau, 2013), le devenir médico-psychique des enfants nés de GPA (Serafini, 2001 ; Golombok, 2006 ; 2011). Certains auteurs comme Monique Pashmi (2009) ou Selim Kilic (2009) s'intéressent à la GPA dans des pays moins étudiés, comme la Turquie ou l'Iran.

Au sein de la littérature anglophone, l'ouvrage d'Elly Teman *Birthing a mother. The Surrogate Body and the Pregnant Self* (2010) a constitué l'une de nos sources de référence sur le vécu des femmes ayant porté pour autrui. Effectuée en Israël, l'ethnographie révèle successivement les mécanismes de séparation psychique effectués par la gestatrice envers la grossesse d'un enfant qui ne sera pas le sien, les relations entre les gestatrices et les futures mères, la dimension du don dans la GPA, la réappropriation et l'assignation d'un sens particulier par les gestatrices à leur « mission ». Elly Teman avait soulevé auparavant la question de l'application des normes occidentales de la famille et de la maternité « naturelle » dans la GPA dans un article critique paru en 2008.

Susan Golombok, professeur de psychologie à l'université de Cambridge, suit sur le long cours le développement psychique et relationnel d'enfants nés d'une GPA ; elle s'intéresse, à différents stades de l'enfance, aux mécanismes d'appropriation de l'histoire personnelle par les enfants, à l'impact de la GPA (et de sa révélation ou non) sur la structure familiale, et étudie les liens entre les enfants, les parents et les gestatrices (2006, 2011).

La littérature française

Le thème de la gestation pour autrui est traité sous de multiples aspects et fait l'objet d'écrits de types différents : articles universitaires, chapitres de livres, mais aussi articles de revue ou encore ouvrage philosophique ou juridique spécifiquement dédié à une réflexion sur le sujet. Les ouvrages entièrement dédiés à la gestation pour autrui sont peu nombreux dans la littérature française, et émanent pour la plupart des « anti-GPA », attaquant la pratique sur divers terrains : éthique, juridique, économique, médical. Nous en citerons trois exemples. Leurs auteurs proposent une réflexion sur la technique de GPA et sur ses implications morales, sociétales et juridiques. *Corps en miettes* de Sylviane Agacinski (2009), aborde différentes thématiques sous un angle philosophique : les technologies procréatives, la marchandisation du corps, le don d'éléments du corps humain, les liens mère/femme-enfant, la législation. *La gestation pour autrui, Fictions et réalité* de Muriel Fabre-Magnan (2013) aborde sensiblement les mêmes sujets, envisagés sous leur dimension juridique : le problème de la désignation légale de la mère, le statut de l'enfant né de GPA, la mise à disposition du corps des femmes, l'exploitation des ressources d'autrui. La section portant sur la GPA de l'ouvrage de Monique Canto-Sperber et René Frydman, *Naissance et liberté : la procréation. Quelles limites ?* (2009) présente la particularité de ne pas avoir fait consensus entre les auteurs, chacun signant individuellement sa partie en vis-à-vis. René Frydman s'oppose violemment à la GPA (nombreuses phrases exclamatives, positions tranchées s'appuyant sur son expérience personnelle de l'AMP), tandis que Monique Canto-Sperber inventorie les différents problèmes juridiques classiquement opposés à la GPA (modalité d'établissement de la filiation, nature du contrat liant les parties, marchandisation du corps humain, etc.) mais laisse une porte ouverte au débat sur la pratique et invite le législateur à se pencher sur la question, avec le consentement comme fondement ultime de référence (Mehl, 2011b, p. 102).

Un intéressant ouvrage spécialement dédié à la gestation pour autrui, *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?*, de Jeanne Sosson et Geneviève Schamps (2013) émanant de deux juristes belges, propose une étude du droit ; l'ouvrage traite du cas de la Belgique mais les problématiques soulevées sont pour beaucoup transposables dans le contexte français.

Bertrand Pulman propose dans son ouvrage *Mille et une façons de faire les enfants. La révolution des méthodes de procréation* (2010) un panorama des nouvelles

techniques procréatives ; il s'interroge sur la spécificité « franco-française » de notre droit en matière de bioéthique et ouvre des pistes de réflexion au moyen d'une comparaison socio-historique entre la France et le monde anglo-américain, enrichie par des apports anthropologiques variés.

Dominique Mehl est l'une des rares socio-anthropologues françaises à avoir enquêté auprès des gestatrices et « parents d'intention ». Le deuxième chapitre des *Lois de l'enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011)* (2011b), fait l'exposé des arguments pour et contre la gestation pour autrui, mis en perspective avec le vécu des personnes ayant eu recours à une GPA.

Marcela Iacub, juriste et féministe militante, revendique dans *L'Empire du ventre : Pour une autre histoire de la maternité* (2004) la légalisation de la gestation pour autrui en France et dénonce la condamnation des femmes y ayant eu recours, refusant qu'une mère soit définie par ses capacités reproductives symbolisées par la grossesse et l'accouchement, ou encore qu'une gestatrice soit présumée incapable d'établir un contrat de GPA en toute autonomie, s'insurgeant contre le parallélisme prostitution/GPA.

On trouve également des autobiographies de personnes ayant elles-mêmes eu recours à la GPA qui publient leur histoire¹, dont les deux ouvrages du couple Mennesson (*Interdits d'enfants : le témoignage unique de parents ayant eu recours à une mère porteuse*, 2008, et *La gestation pour autrui : l'improbable débat*, 2010). Leur combat médiatisé pour la reconnaissance par l'État français de leurs deux filles nées aux USA grâce à une GPA avec don d'ovocyte a finalement été soldé par la condamnation de la France et l'obligation de transcription des actes de naissance américains, suite à la récente décision de la Cour Européenne des Droits de l'Homme².

¹ Certains de ces témoignages ont plus ou moins défrayé la chronique : « *Je l'ai tant voulu* » de Jeanine Salomone (2002). Le thème de la GPA a également été utilisé dans la littérature d'anticipation, notamment la dystopie de Margaret Atwood : *The Handmaid's Tale* paru en 1985 et traduit en français en 1987 sous le titre *La servante écarlate*, faisant l'objet d'un film éponyme scénarisé par Harold Pinter en 1990.

² Cf. le lien déjà cité : [http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx#{\"itemid\":\[\"001-145179\"}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx#{\)

III. CADRE CONCEPTUEL, PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Héritière d'une tradition complexe vis-à-vis de la maternité et plus particulièrement de la dimension volontaire de la reconnaissance maternelle¹, issue à la fois de la révolution française et de la politique nataliste² (Catto, 2013, p. 117), la littérature française juridique et éthique sur le sujet est plus abondante que les écrits de sociologie ou d'anthropologie. La production française dans ces deux domaines reste marginale comparée à l'abondante littérature anglo-américaine, bien que certains auteurs comme Dominique Mehl ou encore Geneviève Delaisi de Parseval et Chantal Collard aient publié plusieurs articles ou chapitres d'ouvrages basés sur des enquêtes menées auprès de gestatrices et de parents d'intention. Nous souhaitons inscrire nos travaux à la suite de ceux menés par ces auteurs, basant notre réflexion sur le vécu des personnes impliquées dans une GPA, depuis la découverte de l'incapacité procréatrice jusqu'à la réalisation du projet. Nous utiliserons une approche relationnelle telle que décrite par Irène Théry dans son ouvrage *La distinction de sexe* (2007) et employée dans ses nombreux travaux sur les rapports masculin/féminin (2008, 2010b, 2011), les transformations de la famille (2013) et les nouvelles techniques de procréation (2010). Nous nous appuyerons sur la théorie de la hiérarchie proposée par Louis Dumont dans un appendice de son ouvrage *Homo Hierarchicus* (1979) et reprendrons les notions de valeur englobante et valeur englobée afin de mieux caractériser les rapports entre « procréation » et « engendrement ». Elle sera complétée par un recours à la philosophie logique de Vincent Descombes, héritière de la philosophie du langage de l'action de Wittgenstein, et notamment sur son article « Les individus collectifs » paru dans la *Revue du Mauss* en 2001 afin d'analyser les différences entre le rapport de la partie au tout d'une part, et le rapport du général au singulier d'autre part. La différence entre la « montée » de la partie au tout, et la « descente » du général (ou de l'universel) au singulier (ou à l'individuel) constituera la base de notre réflexion sur les spécificités de la « maternité GPA ».

¹ L'article 311-35 du Code civil stipule que « la filiation est établie, à l'égard de la mère, par la *désignation de celle-ci* dans l'acte de naissance de l'enfant. » (nous soulignons).

² Posée en 1793, la reconnaissance maternelle a été supprimée dans le Code civil de 1804 puis rétablie par Vichy en 1942.

Notre mémoire se compose de trois parties. Les deux premières parties présentent les matériaux recueillis au cours des entretiens, suivant deux problématiques principales : Comment envisager la parentalité dans un couple où la femme ne peut pas porter d'enfant ? Comment sont vécus la grossesse et l'accouchement d'une GPA par les parents d'intention et les gestatrices ? Au travers de ces récits de vie, nous nous attacherons à mettre en relief la dimension relationnelle de la GPA en considérant son impact sur les relations entre les individus impliqués dans le processus et leur entourage familial, conjugal, amical et professionnel. Dans la troisième partie, nous présenterons une analyse des rapports entre procréation et engendrement dans le cadre de la GPA, à l'aide des outils théoriques de Dumont. Cela nous aidera à comprendre le refus total de la *traditional surrogacy*, que ce soit pour les couples ou pour les gestatrices. Enfin nous proposerons une théorie du *déploiement de la maternité* que nous mettrons en parallèle avec le modèle de « division » ou de « fragmentation » de la maternité (Sarhou-Lajus, 2010, p. 581 ; Delaisi de Parseval, Collard, 2007, p. 40).

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Le choix de notre objet de recherche résulte du recoupement de diverses interrogations émanant principalement de notre pratique de sage-femme clinicienne au sein de la maternité des Bluets¹. En effet, l'accompagnement des couples dans la construction de leur parentalité tout au long de la grossesse et au moment de la mise au monde a constitué la trame de fond de nos réflexions sur la maternité au sens large et sur la relation entre le couple parental et le nouveau-né. De plus la présence d'une unité de PMA au sein de l'hôpital sensibilise aux difficultés rencontrées par les couples dans un contexte d'infertilité. Par ailleurs, de nombreux couples lesbiens ainsi que des co-parents choisissent spécifiquement les Bluets, attirés par la structure et par l'accueil de l'équipe, réputée « ouverte »². C'est probablement au contact des multiples formes de parentalités en construction que nous sont venus les premiers questionnements sur ce qu'est la maternité et la parentalité en général, par l'écoute attentive et l'observation de l'appropriation des rôles parentaux. La participation active du corps de la femme dans l'accession à la maternité, et l'asymétrie charnelle entre l'homme et la femme qui en résulte, fut une autre point de départ du choix de notre objet de recherche. La GPA avait la particularité de mettre en lumière les liens entre l'engagement physique requis pour la mise au monde d'un enfant et l'accession à la parentalité. Nous avons ainsi construit notre objet autour de la GPA, et avons souhaité l'aborder au travers de la parole de ceux qui ont été ou sont impliqués dans une démarche de GPA, du côté parental comme du côté des gestatrices.

¹ Maternité située dans le 12^e arrondissement de Paris.

² Héritière d'une tradition longue autour de l'« accouchement sans douleur » importé par l'obstétricienne Fernand Lamaze dans les années 1950, la maternité des Bluets se démarque de l'offre de soins périnatale francilienne. Bien qu'aujourd'hui la méthode de Lamaze soit devenue minoritaire face à l'usage de la péridurale, il subsiste néanmoins une attente particulière chez les futures mères qui viennent accoucher aux Bluets, qui recherchent cette préparation à la naissance et à la parentalité qui a fait la réputation de la maternité. La spécificité de cet hôpital réside dans le mode de prise en charge des patientes : autonomie dans les prises de décision et liberté de mouvement pendant l'accouchement, accouchement dans l'eau, accouchement sans péridurale, liberté d'utiliser des méthodes alternatives (haptonomie, homéopathie, acupuncture), diversité dans les postures d'accouchement et dans les moyens de lutter contre la douleur, autorisation pour la parturiente d'être accompagnée par plus d'une personne pendant l'accouchement si elle le souhaite, etc.

Les caractéristiques de l'enquête

Nous avons choisi de procéder par entretiens qualitatifs très ouverts, basés sur la méthodologie d'enquête telle que l'a notamment théorisé Jean-Claude Kaufmann dans son ouvrage sur l'entretien compréhensif (2011). S'inspirant de la sociologie compréhensive de Max Weber et Norbert Elias, Kaufmann s'est intéressé aux questions de l'intime : le couple, la vie quotidienne, la sexualité ; cette approche « empathique » et « engagée » de l'enquête de terrain (*ibid.*, p. 50-51) nous a semblé appropriée étant donné la nature de notre sujet. À mi-chemin entre le récit de vie et l'entretien semi-directif, la grille de l'entretien compréhensif est comme un « guide très souple » parfaitement assimilé (*ibid.*, p. 43-44), rédigé au préalable mais adapté lors de chaque entretien, laissant toute la place aux associations d'idées au sein du discours de l'enquêté, sans rompre le fil de la pensée : les questions ne doivent pas se succéder avec un ordre précis mais s'intégrer dans une « dynamique de conversation » (*ibid.*) enclenchée par l'enquêteur. Suivant les recommandations de Kaufman, au cours des entretiens nous nous sommes autorisés une certaine liberté de réaction vis-à-vis des enquêtées lorsqu'elles nous posaient des questions ou demandaient notre avis. Les grilles d'entretien utilisées pour cette étude sont présentées en annexe de ce mémoire. Ces deux grilles n'ont jamais été employées telles quelles, la plupart des questions trouvant immédiatement réponse dans le récit des enquêtées ; certaines questions – notamment concernant l'aspect contractuel ou encore le choix de la gestatrice – n'étaient pas pertinentes lorsqu'un lien familial unissait le couple et la gestatrice, elles n'ont donc pas eu lieu d'être posées. Réciproquement, certaines questions n'ont pu être posées que lorsque la GPA se faisait dans le contexte familial.

Les thèmes de l'enquête

Lors de chaque entretien nous avons abordé les thèmes suivants, induits par nos questions ou bien – le plus souvent – spontanément évoqués par les enquêtées :

Pour les mères d'intention :

- le contexte du choix de la GPA
- le choix de la gestatrice, ses motivations, le cadre légal
- les interactions avec la gestatrice, le déroulement de la grossesse
- le récit de l'accouchement, le séjour à l'hôpital, les premiers jours
- « L'après »-GPA

Pour les gestatrices :

- le contexte du choix de la GPA
- le déroulement de la grossesse sur le plan médical
- le vécu de la grossesse sur le plan corporel, psychique et familial
- le récit de l'accouchement, le séjour à l'hôpital, le retour à la maison
- le regard porté sur cette expérience, à distance de la GPA

Le recrutement des enquêtées

Comme nous l'avons vu en introduction, l'échantillon est très restreint pour deux principales raisons : l'impossibilité de se déplacer à l'étranger pour rencontrer des gestatrices et la faible fréquence de la pratique en France. L'illicéité de la GPA complique encore le recrutement de personnes qui y ont été impliquées. Au total, nous avons réussi à recruter et interroger sept femmes que nous avons rencontrées grâce à des intermédiaires divers. Nous présentons succinctement Nicole, Lucie, Christine, Émilie, Anaïs, Sylvie et Mélanie afin d'exposer les liens entre certaines enquêtées, ainsi que le biais par lequel nous avons pu prendre contact.

Le recrutement d'Anaïs, Nicole et Sylvie s'est fait via des universitaires ayant travaillé sur la gestation pour autrui et ayant introduit la teneur de notre recherche au préalable ; le recrutement de Lucie et Mélanie s'est fait via Sylvie qui nous a transmis leurs coordonnées avec leur accord ; le recrutement d'Émilie et Christine s'est fait via un membre de l'association MAIA que nous connaissions.

Nicole et Lucie ont porté les enfants de leurs cousine et sœur respectivement.

Sylvie est la sœur de Lucie ; c'est le seul cas où nous avons deux récits pour une même histoire, vue des deux versants de la gestatrice et de la mère d'intention.

Anaïs et Émilie ont eu recours à une gestatrice au Canada et étaient déjà mères depuis plusieurs mois au moment des entretiens. Ces deux femmes ont un lien fort qui nous a été révélé par Anaïs au cours de l'entretien. En effet, la gestatrice qui a porté pour Anaïs et son conjoint est la donneuse d'ovocyte d'Émilie. Les enfants d'Anaïs et Émilie ont trois mois d'écart et les deux femmes sont restées proches. Elles font toutes deux partie de l'association MAIA.

Christine fait également partie de l'association MAIA, et la GPA est actuellement en cours ; avec Sylvie, ce sont les deux femmes avec qui nous gardons un contact régulier depuis le premier entretien.

Enfin nous avons pu contacter Mélanie, qui est en attente d'acceptation de son dossier par un hôpital belge, grâce à Sylvie. En effet, l'un des gynécologues de cet hôpital a mis les deux femmes en contact afin qu'elles puissent échanger autour de la GPA intrafamiliale, puisque Jeanne, la belle-sœur¹ de Mélanie, s'est proposée pour porter son enfant. Mélanie nous a expliqué lors de l'entretien que Jeanne doit également contacter Lucie afin de lui poser des questions sur son vécu de la GPA.

Au total sur dix personnes contactées, sept ont répondu², dans des délais variant d'un jour à deux mois. Nous avons émis deux appels à témoin sur des forums, qui sont tous deux restés sans réponse. Seul l'appel à témoin émanant directement d'une adhérente de l'association MAIA a porté ses fruits et a permis de recruter deux femmes pour notre enquête. On notera que le recrutement s'est toujours fait de proche en proche, sur la recommandation directe d'une personne déjà connue des enquêtées. Il semblerait que l'introduction préalable de nos recherches par des individus ayant un lien antérieur avec l'intermédiaire (universitaires ou membres de la même association) ait été le préambule indispensable à une prise de contact fructueuse. Excepté pour Nicole que nous avons directement rencontrée et Lucie que nous avons appelée sur la recommandation de sa sœur, les premiers échanges se sont fait par mail puis par téléphone, afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique ou de visu pour un entretien.

Les sept témoignages ainsi recueillis n'ont pas prétention d'exhaustivité, mais sont les témoins d'une pratique de la GPA pour laquelle on voit émerger quelques régularités. Parmi ces régularités, nous nous intéresserons plus particulièrement au refus systématique de la *traditional surrogacy* en troisième partie de ce mémoire.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour notre enquête, nous avons interrogé deux gestatrices et cinq mères ou futures mères d'intention. Deux GPA se sont déroulées avec des dons d'ovocyte, et ont donc fait intervenir trois femmes dans la venue au monde de l'enfant. Dans tous les cas, l'enfant est relié génétiquement au père. Nous nous sommes concentrés exclusivement

¹ La femme de son frère.

² Sur les trois personnes contactées, l'une n'a jamais répondu à nos messages sur les réseaux sociaux – nous n'avions pas ses coordonnées personnelles. Les deux autres sont membres du même couple et avaient été mis aux courant de notre recherche par une intermédiaire qui avait tenté de nous mettre en contact, mais nos mails et messages téléphoniques sont restés sans réponse.

sur des GPA pour des couples de sexe opposé, notre étude portant sur la répartition des rôles maternels ; bien qu'il n'y ait pas d'obstacle réel à l'inclusion dans l'étude de gestatrices ayant porté pour des couples d'hommes, non seulement nous n'avons pas eu l'occasion d'en recruter, mais les problématiques soulevées auraient pu être différentes – ou bien complémentaires – mais la petite taille de l'échantillon impliquait quelques critères de sélection afin de pouvoir circonscrire le sujet à une forme de GPA précise¹ dans l'espoir d'apercevoir quelques régularités.

Par ailleurs nous n'avons pas dans notre échantillon de cas de *traditional surrogacy* ; cette exclusion n'était pas volontaire mais l'observation des motifs du refus de la *traditional surrogacy* chez nos enquêtées nous conduit à penser qu'il serait intéressant d'inclure, lors de travaux ultérieurs, des cas de *traditional surrogacy*. Ce type de GPA particulière pourrait mettre en lumière certaines caractéristiques des dons féminins en matière de procréation, et des logiques de répartition entre plusieurs femmes du *don* (au sens maussien) et du « contre-don ».

Le déroulement de l'enquête

Nous avons débuté l'enquête en décembre 2013, avec le recueil du témoignage de Nicole, qui a porté des triplés pour sa cousine. Ce recueil est atypique par rapport aux autres, puisqu'il s'est effectué en trois temps : un premier temps privilégié (déjeuner avec l'intermédiaire et une autre chercheuse dont l'objet d'études est la GPA) où nous avons pu poser des questions spécifiques, puis un second temps de témoignage ouvert lors d'un séminaire collectif au cours duquel nous avons pris des notes, et enfin un troisième temps d'échange par mail pour préciser certains points qui n'avaient pas pu être abordés. Les échanges étaient en anglais mais la prise de note s'est faite en français. Seules quelques expressions intraduisibles ont été relevées telles quelles, et seront citées en anglais dans le corps du texte. C'est le seul témoignage que nous n'avons pas enregistré. En effet, la prise de note s'est révélée insuffisamment efficace pour cette enquête basée sur des récits de vie pouvant durer plusieurs heures. Cette

¹ Il est tout à fait envisageable, dans des travaux ultérieurs de plus grande envergure, d'intégrer des gestatrices et des couples d'hommes, puisqu'il n'y a jamais – jusqu'à présent et au regard des techniques de procréation disponibles – totalement absence de « maternité » dans la venue au monde d'un enfant ; tout discours à ce sujet serait donc légitime et pertinent à analyser.

première expérience a permis de tester la grille et de fixer une méthodologie d'entretien pour la suite, systématiquement enregistrés puis intégralement retranscrits.

Deux entretiens ont été réalisés entre février et mars, de visu. Les deux femmes contactées ont été très réactives et les entretiens ont pu se dérouler dans le mois qui a suivi la prise de contact. Ils constituent les entretiens les plus longs de l'enquête (deux heures en moyenne).

Les mois d'avril et mai ont été des temps de prise de contact, de relance, d'attente. Les deux appels à témoin passés sur des forums internet à cette période n'ont pas donné de suite. Malgré des mails ou des appels, les réponses ont tardé à venir. Le sujet abordé étant délicat, du ressort de l'intime, nous avons supposé que ce temps était nécessaire pour certaines d'entre elles avant de partager leur vécu. D'autres ont eu besoin d'avoir la réassurance à plusieurs reprises de l'anonymat complet de l'étude – possible témoin d'une peur de parler, malgré la fierté personnelle souvent exprimée autour de leur acte.

Ce n'est qu'à la fin mai et jusqu'au début du mois de juillet que certaines personnes contactées ont répondu, ajoutant en à peine un mois quatre entretiens à notre enquête. Ces quatre entretiens se sont déroulés par téléphone, durant chacun une heure en moyenne. Contrairement aux entretiens de visu où le face-à-face incite plus à la discussion, le téléphone permet un quasi-monologue qui condense la pensée. Nos interventions ont été moins nombreuses par téléphone, les sujets étant presque tous abordés spontanément les uns après les autres par les enquêtées sans qu'une induction de notre part ne soit nécessaire. Ainsi, le volume d'informations obtenues est sensiblement identique entre le recueil de visu et le recueil téléphonique malgré la différence remarquable de durée des entretiens.

Seul le dernier entretien est plus court, durant environ 20 minutes. Cela s'explique par le fait que l'enquêtée est en attente d'acceptation de son dossier afin de pouvoir entamer la procédure de GPA. Seules les questions sur l'origine de l'infertilité, le choix de la GPA pour l'accession à la parentalité et le choix de la gestatrice ainsi que ses motivations ont pu être posées.

Compléter le terrain

Afin de nous familiariser avec les associations d'usagers, nous avons assisté à deux colloques qu'elles ont organisé au cours de l'année. Les associations MAIA et C.L.A.R.A. regroupent des personnes atteintes d'infertilité. L'association MAIA est généraliste et propose un soutien aux personnes souhaitant accéder à la parentalité ; l'association C.L.A.R.A. regroupe des adhérents spécifiquement concernés par la gestation pour autrui. Leurs rôles seront détaillés dans la première partie de ce mémoire.

Nous avons été présents au 7^e colloque de l'association C.L.A.R.A., à destination des adhérents de l'association¹ sur le thème « Gestation pour autrui, bilan d'une pratique de lutte contre l'infertilité : 30 ans après, où en est-on ? », qui a eu lieu le 19 avril 2014 à la Mairie du IV^e arrondissement de Paris. Nous avons également assisté à la première journée de l'infertilité, co-organisée par le magazine Parents² et l'association MAIA, qui s'est tenue à l'Institut Pasteur à Paris le 23 avril 2014 ; cette journée animée par des spécialistes de l'infertilité toutes disciplines confondues (gynécologues, psychiatres, sociologues, juristes, éthiciens, etc.) était à destination du grand public et traitait de l'ensemble des problématiques autour de l'infertilité, dont la GPA.

Afin d'enrichir notre réflexion, nous avons également effectué quinze heures d'observation ethnographique en consultation d'infertilité à la maternité des Bluets, dont la moitié en consultation spécialisée dans les stérilités sévères³. Nous avons jugé trop faible le temps passé dans ce service pour tenir un carnet de terrain spécifique. Seules quelques notes ont été prises à la fin des journées de consultation.

En plus des discussions informelles avec les gynécologues du service de PMA des Bluets dont nous avons suivi les consultations s'ajoutent des entretiens avec cinq gynécologues-obstétriciens pratiquant au sein de trois centres de fertilité de l'est-parisien (hôpitaux Bichat, les Bluets et les Diaconesses), concernant leur expérience de l'infertilité (notamment utérine) et des cas de GPA qu'ils ont pu connaître ou suspecter

¹ Les non-adhérents pouvaient assister au colloque sous réserve d'acceptation préalable par les membres organisateurs.

² Magazine grand public spécialisé dans la petite enfance et la périnatalité.

³ L'une des gynécologues dont nous avons suivi les consultations propose un « diagnostic immunologique » par biopsie de l'endomètre pour certaines pathologies, afin d'établir un « profil utérin » et d'adapter la prise en charge de l'infertilité. Cette technique étant très peu répandue, les femmes viennent de toute l'Europe pour bénéficier de ce diagnostic.

au sein de leur patientèle. Ces gynécologues ont été rencontrés sur notre lieu de travail, lors des colloques cités précédemment, ou bien lors de conférences universitaires sur les techniques de procréation médicalement assistée. Leur apport est d'autant plus précieux que les étiologies d'infertilité liées à une pathologie utérine sont très peu – pour ne pas dire pas du tout – abordées dans les ouvrages de référence sur l'infertilité.¹ Si cette ethnographie n'a pas été directement exploitée dans ce mémoire, elle aura permis d'ouvrir de nouveaux horizons sur le rapport au corps et à la sexualité dans un contexte de stérilité féminine, qui pourraient être explorés dans le cadre d'une recherche ultérieure plus vaste et plus approfondie.

Les biais de l'enquête

Notre enquête comporte plusieurs biais, liés au mode opératoire, à la posture du chercheur et à l'appartenance au corps médical, ainsi qu'au sujet traité.

Le premier biais réside dans la petite taille de l'échantillon, qui ne peut prétendre ni à la représentativité, ni à l'exhaustivité. Ce biais est aussi relatif au sujet en lui-même, qui ne concerne qu'un très petit nombre de français, d'autant moins que les couples gays n'ont pas été inclus dans notre étude. Aussi le contenu des entretiens n'a pas vocation à être généralisé à toute GPA en France, encore moins à l'international ; en revanche ils servent de base à une réflexion plus large sur quelques spécificités de la « maternité GPA », et sur ce que cela dit de la maternité *en général*.

Un deuxième biais est lié à l'engagement sur le terrain et aux difficultés de mise à distance de l'objet de recherche parfois rencontrées. La caractéristique propre à la GPA d'être une pratique illicite en France implique que la femme interrogée nous mette « dans la confiance », rendant plus poreuses encore les frontières entre le chercheur et son terrain. Ces difficultés de mise à distance s'expriment par exemple dans le fait que nous n'avons jamais posé de question aux enquêtées sur la méthode de GPA en elle-même, sur leur opinion concernant les critiques opposables à cette technique de PMA.

¹ Nous avons consulté trois ouvrages médicaux « de référence » recommandés par les gynécologues de consultation de PMA : *L'AMP – L'assistance médicale à la procréation en pratique*, dirigé par le professeur et ancien directeur du collège des gynécologues-obstétriciens Jacques Lansac (2005), l'abrégé Masson *Stérilité du couple* (Zorn, Savale, 2005), l'abrégé Masson *L'assistance médicale à la procréation* (2006) rédigé pourtant par les Drs Olivennes et Frydman (!) Aucun ne contient de chapitre intitulé « stérilité utérine », contrairement aux autres types de stérilité (par insuffisance ovarienne, stérilité tubaire, endométriose, etc.) qui y sont méticuleusement détaillées.

Ce n'est qu'au moment de la rédaction que nous avons pris conscience de cette lacune. Bien que notre travail n'ait pas vocation à analyser les enjeux éthiques de la GPA, il aurait pu être intéressant d'interroger les enquêtées à ce sujet afin de mieux comprendre leurs mécanismes de déconstruction d'un modèle parental et d'appropriation d'un autre.

Un troisième biais demeure dans notre appartenance au corps médical et plus particulièrement au monde obstétrical. Nous nous sommes efforcés de ne pas exprimer d'opinion personnelle sur l'interprétation ou l'explication de certains événements survenus lors de la grossesse ou de l'accouchement afin de ne pas parasiter le récit des enquêtées et l'idée qu'elles se font elles-mêmes des événements ; cependant notre expérience clinique s'est sans doute mêlée à la réflexion sociologique, subjectivant l'écriture et l'analyse des discours. A contrario il nous a semblé que le fait d'appartenir au corps médical a pu contribuer à libérer la parole sur l'infertilité ; l'utilisation de termes scientifiques ainsi que le rapport « professionnalisé » aux pathologies de l'infertilité semble avoir agi comme un « écran », plaçant celles-ci « en dehors » de la vie intime en quelque sorte, et facilitant la narration de vécus difficiles. De même, notre familiarité avec les pratiques obstétricales d'une part et les « rites de naissance » d'autre part fut un support non négligeable pour soutenir et développer le récit des enquêtées. Nous supposons que le fait de se référer à des événements médicaux précis permet de faire parler de l'affectif : certains temps médicaux (examens, échographies, moments particuliers de la grossesse ou de l'accouchement) agissent comme des rites et recèlent une forte charge émotionnelle ; l'évocation ou le questionnement autour de ces « étapes médicales » permet finalement de faire parler de l'intime. L'utilisation volontaire de termes de jargon tels que « peau-à-peau », « tétée d'accueil », « allaitement mixte » plutôt que l'emploi de périphrases explicatives a pu conduire à une mécompréhension heureuse lors d'un entretien. En effet, alors que nous voulions parler d'allaitement mixte, c'est-à-dire à moitié au biberon, à moitié au sein, la femme que nous interrogeons a compris que nous demandions s'il y avait eu un allaitement « mixte » entre elle et la gestatrice. Nous avons ainsi découvert fortuitement qu'en salle de naissance, la gestatrice et la mère d'intention avaient allaité le nouveau-né tour à tour.

DE L'INFERTILITÉ À LA PARENTALITÉ

Rappelons la définition de l'infertilité : « Un individu fertile est un individu apte à concevoir et dont le contraire est stérile, ce qui est toujours involontaire », contrairement à l'infécondité qui peut être subie ou choisie (Fernandez, 2013). L'âge moyen au premier enfant a passé la barre des 30 ans depuis 2009¹ ; il a augmenté de 3 ans en 40 ans (Olivennes *et al.*, 2006). Les causes d'infertilité féminine répertoriées par l'OMS à la fin des années 1980 se répartissent de la manière suivante : origine tubaire 36%, troubles ovulatoires 33%, endométriose dans 6% et aucune cause retrouvée dans 25% des cas (*ibid.*). En 2005, J. Lansac et F. Guérif dans *AMP – L'assistance Médicale à la Procréation en pratique*, reprennent l'enquête de Thonneau parue en 1989 et inversent légèrement les rapports entre les différentes étiologies : troubles ovulatoires : cause principale (30 à 35%), obstructions tubaires 26%, endométriose 4%, anomalies de la glaire 4%, hyperprolactinémies isolées 4%. On note que ni chez Lansac, ni chez Fernandez les malformations utérines ne sont citées en tant que telles dans les causes de stérilité, leur incidence étant trop faible comparée aux autres étiologies de l'infertilité. La rareté de ces pathologies a été confirmée par les médecins de PMA dont nous avons suivi les consultations d'infertilité. Cette faible incidence pourrait expliquer le peu d'information et de sensibilisation de la population générale face aux difficultés rencontrées par les femmes atteintes d'une infertilité utérine, ainsi que le manque de solutions proposées à ces femmes par la médecine, vécue comme une injustice par certaines d'entre elles (Pulman, 2010, p. 219).

I. L'INFERTILITÉ : UN DEUIL ?

La découverte pour une jeune femme d'une pathologie utérine constitue « un choc d'une dureté peu commune » lorsqu'il s'agit d'une malformation sévère (utérus unicorne, utérus cloisonné, utérus bicorne, syndrome Distilbène), voire un « verdict sans

¹ Source INED : http://www.ined.fr/fr/publications/pop_soc/bdd/publication/1502/

appel de stérilité » (Pulman, 2010, p. 218) lorsqu'une agénésie complète est diagnostiquée (syndrome Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, dit MRKH) ou lorsqu'une hystérectomie a dû être effectuée.

Stérilités chirurgicales, stérilités congénitales

Parmi les femmes que nous avons interrogées, on retrouve une très grande diversité d'étiologies de stérilité, pour la plupart primaires¹ : hystérectomie, syndrome MRKH, utérus bicorne, agénésie utérine non étiquetée (ou inconnue/non précisée par l'enquêtée), utérus polomyomateux. Sur les cinq femmes qui ont eu recours à la GPA, une seule émet l'hypothèse d'avoir connu au moins une grossesse, se soldant par des fausses couches précoces spontanées, probablement dues à sa malformation utérine. Aucune de ces femmes n'a connu d'échec de PMA, ni même de parcours de PMA, ce qui signifie qu'aucune n'a été confrontée à un échec personnel de grossesse médicalement induite. Leur rapport à la GPA est peut-être d'autant plus simplifié que la grossesse pour autrui ne fait écho à aucun espoir déçu de grossesse propre que la médecine aurait rendu possible :

La question se posait même pas, c'est pour ça qu'on a une histoire un peu particulière avec la GPA, c'est que du coup je ne suis jamais passée par tous les stades... (Christine)

Y'avait pas de lien entre la malformation utérine et mes problèmes rénaux. J'ai eu pas mal d'explorations ; avec une transplantation rénale c'est éventuellement possible, avec un utérus bicorne c'est très très très compliqué, et les deux en même temps ça devenait quasi impossible. Donc on a commencé des démarches d'adoption, j'avais 28 ans. En fait j'ai fait un peu le deuil de tout ça. (Sylvie)

Selon les circonstances et les individus, la blessure de la stérilité semble être plus ou moins bien acceptée par les enquêtées. Chez les cinq femmes que nous avons interrogées, pour trois d'entre elles la stérilité était connue précocement (avant tout projet d'enfant). Anaïs, dont la stérilité est due à une hystérectomie préventive liée au développement d'un sarcome utérin invasif² à 25 ans à peine, parle de son opération avec beaucoup d'aisance et de multiples détails :

¹ Une stérilité est dite primaire lorsqu'une femme n'a jamais connu de grossesse (ayant abouti ou non). Une stérilité est dite secondaire lorsque la femme a connu au moins une grossesse, quel que soit le terme auquel elle ait été menée.

² Tumeur à prolifération extrêmement rapide, ayant également touché une partie des ovaires dans son cas, générant une insuffisance ovarienne précoce.

À 25 ans j'ai eu une hystérectomie parce que j'ai eu des fibromes borderline, j'ai eu deux myomectomies et à chaque fois ça revenait en 2/3 mois, j'étais suivie à Cochin, on m'a dit 'Si ça dégénère en myosarcome le pronostic est très défavorable, moi ce que je veux c'est vous sauver'.

Face au risque vital, et en dehors de tout projet d'enfant, le deuil de toute grossesse future passe au second plan. De la même manière, Christine semble ne rien regretter de sa décision du recours à l'hystérectomie à cause de fibromes hémorragiques :

Y'a 7 ans j'avais un fibrome de la taille d'une orange, j'avais de l'endométriose, ça bien sûr je l'ai découvert y'a 7 ans, pourtant c'est pas faute d'avoir dit que j'avais mal, que j'avais des règles pas normales, mais bon j'ai jamais été écoutée. Et il y a 7 ans j'ai rencontré une femme formidable, qui a accepté de m'écouter aussi, parce que moi j'en pouvais plus, de toute manière j'étais très très anémiée, là ma santé était en jeu donc y'avait pas cinquante solutions. Et depuis 7 ans c'est vrai que j'ai une nouvelle vie. Je peux vivre tous les jours du mois contrairement à avant où je vivais 15 jours par mois. Voilà. On n'avait pas de question à se poser.

Quant à Émilie, elle s'identifie dès le début de l'entretien par sa pathologie : « Pourquoi on s'est porté du côté de la GPA ? Parce que *je suis une fille MRKH* » (nous soulignons). Nous avons par ailleurs retrouvé cette identification dans les propos d'une jeune fille de 14 ans, posant une question lors d'un colloque d'une association de soutien aux personnes infertiles, qui s'introduisait également par cette même phrase : « Je suis une fille MRKH. » La découverte du syndrome chez Émilie a été concomitante avec le début de la vie amoureuse, et le choc de l'annonce transparaît dans ses propos :

En fait j'avais un médecin traitant qui me suivait un petit peu et qui me disait 'ben si t'as pas tes règles c'est p'tet psychologique', on a jamais cherché très loin. Et moi je ne me posais pas trop de questions à l'adolescence, et c'est plus voilà quand j'ai rencontré mon conjoint que... voilà à 18 ans, enfin on s'est... là je me suis vraiment posé des questions, il faut quand même que j'aille voir plus loin. Et du coup rendez-vous chez le gynéco, et voilà après le gynéco ben a vu que... (baffouillements) il m'a fait passer un IRM et a posé le diagnostic, et voilà. [...]Le premier gynéco que j'ai vu qui m'a dit 'Mademoiselle vous ne porterez jamais d'enfant, nous n'en aurez jamais'. Il me l'a dit très sèchement, c'était très dur à encaisser.

Mélanie, dont le projet de GPA n'a pas encore démarré, reste extrêmement laconique sur le sujet et résume en une simple phrase : « J'ai pas d'utérus, je l'ai découvert j'avais 18 ans, dû à une absence de règles. » Nous n'arriverons pas à en savoir plus au cours de l'entretien.

Sylvie a découvert au détour d'analyses gynécologiques qu'elle était porteuse d'une malformation utérine appelée utérus bicorne. Bien que des grossesses puissent se développer dans un utérus bicorne ou unicorne, la malformation de Sylvie est trop sévère pour qu'un embryon puisse s'implanter durablement :

On a donné les résultats de mes examens, et Mme [A.] nous a dit : « [...] quand on voit les résultats, jamais jamais il ne pourra y avoir de grossesse évolutive, vous allez faire des fausses couches à trois mois ». J'ai d'ailleurs souvent déjà été enceinte avec mon mari, des fois j'avais des retards.

Christine connaissait au sein de sa première union une infertilité inexplicée, malgré un bilan exploratoire complet. Le refus de son ex-mari d'entrer dans toute forme de médicalisation de la procréation l'avait conduite à renoncer à la maternité, bien qu'elle exprime un désir d'enfant présent depuis toujours :

J'ai jamais été pour l'enfant à tout prix, dans le sens quand je parle à tout prix, dans le sens être dans la situation d'avoir fichu en l'air son couple ou sa santé ou d'avoir risqué sa vie. [...] Sans compter les couples qui se déchirent, donc bon... J'ai toujours pris l'option de... On n'est jamais allé très loin, je suis allée consulter je sais plus à quel hôpital à Paris, j'ai fait des hystéroscopies, on a tout fait, mais on n'a rien trouvé.

Devenir mère : un impossible ?

Dans les propos de nos enquêtées, l'annonce de la stérilité ne semble pas liée à un processus de deuil de la parentalité, mais plutôt vécue comme un événement venant différer un projet d'enfant auquel on ne renonce pas.

Il a fallu digérer la nouvelle. On s'est installé avec mon conjoint, on s'est mis dans des projets de maison, on n'avait pas que le projet d'enfant à penser. Entre temps la question de l'adoption était venue. (Émilie)

J'avais 25 ans, on a eu le temps de réfléchir, je me suis inscrite à MAIA. Quand j'ai fini ma thèse en 2008, j'ai eu un job en CDI, et à partir de là on a commencé à réfléchir, à regarder si tout fonctionnait [...] (Anaïs)

La parentalité peut même être présentée comme une évidence, sans jamais qu'il y ait mention de l'absence d'utérus comme obstacle à la réalisation du projet d'enfant.

Y'a quelques années j'ai rencontré mon ami et puis j'avais envie d'avoir un enfant, et vu que l'adoption il est pas trop chaud et que mère porteuse aux États-Unis c'est très couteux, suite à des recherches sur internet j'ai vu qu'il y avait l'hôpital Saint Pierre. [...] C'est vrai que quand on a le désir d'avoir un enfant, attendre... c'est difficile. (Mélanie)

Seule Christine, 49 ans, en deuxième union et en cours de GPA avec don d'ovocyte au Canada, a évoqué une période de renoncement temporaire à la parentalité pendant sa première union, tout en ajoutant qu'elle a toujours eu un désir d'enfant latent :

Moi j'avais mis un mouchoir là-dessus, je sais pas pourquoi j'avais été aussi faible, peut-être que ... parce que pourtant j'ai toujours eu énormément envie d'enfant. (Christine)

Les difficultés d'accession à la parentalité se focalisent autour des écueils liés au caractère transfrontalier de la GPA, au statut des enfants, parfois au coût de la pratique : il semble que l'infertilité n'est plus vécue comme le frein principal au « devenir parent », tant le principe de la gestation pour autrui est intégré par les enquêtées. Pour conclure, nous devons déplorer l'une des lacunes de notre enquête qui réside dans le fait que nous n'avons jamais directement abordé la question du renoncement à la parentalité, c'est-à-dire qu'elle ne faisait l'objet d'aucune question directe du type « Aviez-vous songé à renoncer à devenir parent ? ». Peut-être l'imprégnation du terrain était-elle trop forte au moment de l'enquête pour pouvoir prendre de la distance et interroger le principe même du désir d'enfant.

La particularité de la stérilité utérine : une incapacité procréative partielle

Nous retrouvons chez l'une de nos enquêtées ce que décrit Pulman, à savoir qu'à la stérilité « vient s'ajouter une impression d'arbitraire d'autant plus grande que la

fonction ovarienne de ces femmes est souvent intacte » (2010, p. 219). Cette « impression d'arbitraire » est confortée par le sentiment d'injustice face aux techniques de PMA à disposition des femmes françaises : seules les femmes atteintes de pathologies tubaires ou ovariennes trouvent une réponse dans l'offre de soin : FIV pour les unes, stimulation, don d'ovocyte ou d'embryon pour les autres : « si j'avais eu des tumeurs aux ovaires et qu'on avait gardé mon utérus... je ne vaudrais pas moins parce que c'est pas le bon organe qui a été touché. » (Anaïs)

Elles considèrent l'absence de palliatif de l'incapacité gestationnelle comme disqualifiante et sexiste : « C'est un peu résumer les femmes à leur utérus. Y'a un petit côté machiste à dire si y'a pas d'utérus y'a pas de mère, ça veut dire résumer la fonction maternelle à l'utérus. » (Anaïs), à l'instar de Marcela Iacub qui refuse de réduire la maternité au simple fait de pouvoir être enceinte et de porter son enfant (2004, pp. 333-354).

Et pourquoi pas l'adoption ?

Une réelle alternative ?

L'adoption, présentée par certains opposants comme l'alternative convenable à la GPA (Canto-Sperber, Frydman, 2009, pp. 244-245), n'est pourtant pas toujours une option accessible aux enquêtées : différence d'âge au sein du couple, femme trop jeune, couple non marié... Aussi n'est-elle pas systématiquement envisagée comme un recours de première ou seconde intention par les couples que nous avons interrogés. Plusieurs raisons sont évoquées :

- le refus du conjoint :

Pour lui l'adoption c'était niet (Christine)

L'adoption il est pas trop chaud (Mélanie)

Je pense que mon mari actuel aurait du mal à adopter. Il est Ivoirien, et de toute façon si on avait adopté il [*l'enfant, nda*] n'aurait pas pu être blanc, il aurait eu du mal à se dire que c'était son fils en ayant un blanc dans les mains. (Sylvie)

- les modalités d'accueil de l'enfant :

Moi j'étais plus adoption. [...] Nous on aurait été prêts à faire une adoption ouverte, ça peut se faire aux Etats-Unis. (Anaïs)

- l'impossibilité de répondre aux critères auxquels doivent répondre les couples en démarche d'adoption :

Le mariage n'était pas dans nos priorités, on ne voulait pas se marier « pour ça ». Pour l'adoption on ne passait parce que j'étais trop jeune, j'avais moins de 28 ans quand on a posé le dossier, on n'était pas mariés, et je n'étais pas en CDI, enfin mon emploi n'était pas tout à fait stable car je n'étais pas encore en CDI. (Émilie)

On n'est pas un couple très conventionnel, c'est aussi ce qui fait qu'on n'est pas du tout partis vers l'adoption parce qu'entre notre écart d'âge et notre mode de vie mode de fonctionnement, pour avoir été proches de couples qui sont passés par l'adoption on sait qu'on ne rentre pas dans les cases. (Christine)

Deux des femmes que nous avons interrogées sont passées par une démarche d'adoption, allant jusqu'à l'agrément puis se rétractant ensuite pour diverses raisons :

On a eu l'agrément, on a été à deux entretiens, on a été super délapidé (*sic*), pas du tout motivé, rien [...] Il y a plein de questions lors de l'agrément de l'adoption qui nous ont déçues. La psychologue nous demandait : « est-ce que vous avez parlé de votre projet d'adoption à toute votre famille, votre entourage ? » Alors qu'on en était qu'au 2e entretien et qu'on démarrait les démarches ; ça m'a mise hors de moi, les couples qui ont des enfants naturellement n'avertissent pas toute leur famille ! 'fin voilà moi je l'ai pris comme ça. (Émilie)

J'avais regardé les mères porteuses sur internet, ça s'avérait très compliqué, très cher, donc avec mon mari on a commencé les démarches d'adoption. On a mis un an pour avoir l'agrément, parce que les premiers rendez-vous ça a été des mois après avoir déposer le dossier. On nous a prévenu qu'il y avait 5 ans d'attente pour avoir un enfant de 3 mois, parce qu'on voulait un enfant le plus jeune possible, mon mari voulait absolument un petit caucasien. Moi j'avais pas de préférence mais comme lui je pense qu'il s'identifie mieux à un blanc étant blanc, il voulait pas qu'on le voit, qu'on voit de suite que c'était un enfant adopté. Donc c'était difficile d'être sur la liste d'attente. Finalement je me suis séparée de lui, et j'ai refait ma vie après. (Sylvie)

Ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent pas¹ se conformer aux normes requises par les institutions – ainsi qu'à celles édictées par les pays d'origine concernant l'adoption internationale – sont d'emblée exclus de la parentalité adoptive. Par ailleurs, pour les enquêtées, la démarche d'adoption relève d'un tout autre processus que celui de la GPA. En effet, dans leurs projections il existerait une certaine difficulté à assumer le début de l'histoire d'un enfant adopté – le rejet, l'abandon, l'absence d'histoire parfois – tandis

¹ Plusieurs de nos enquêtées sont réticentes face au mariage, et étaient plus ou moins en difficulté face à la quasi-obligation de se marier pour faciliter les procédures d'adoption ou de GPA.

que la GPA fait partie intégrante de leur biographie, du désir d'enfant jusqu'à la naissance et après, en passant par toutes les étapes constituées par la recherche de celle(s) qui sera(ont) impliquée(s) dans la venue au monde de cet enfant, l'histoire de la grossesse :

Qu'est-ce qui se passe si l'enfant va pas bien plus tard ? Nous on aurait été prêt à faire une adoption ouverte, ça peut se faire aux États-Unis. Vous savez c'est comme dans le film Juno. Nous on voulait que notre enfant sache tout. (Anaïs)

J'ai dit à mes parents je pense que notre situation elle est plus simple à expliquer que celle qu'il faut expliquer à un enfant qui a été abandonné, que quelqu'un a rejeté, sans qu'on sache forcément pourquoi, sans qu'on puisse retrouver son histoire. Je pense que pour nous les choses sont beaucoup plus simples que pour un enfant adopté. (Christine)

Au final, la GPA est « plus facile » à expliquer qu'un abandon, parce que tous les protagonistes sont connus et qu'elle permet de répondre à la question « à qui dois-je le fait d'être né ? » (Cailleau, 2013, p. 28).

La transmission du patrimoine génétique en question

La crainte d'une « survalorisation du génétique » (Canto-Sperber, Frydman, 2009, p. 246) semble infondée au regard des discours des mères d'intention que nous avons interrogées : bien que le rôle du génétique questionne les enquêtées, il n'y a aucune trace de l'impériosité d'un enfant génétiquement lié à elles. Les inquiétudes autour de l'absence de lien génétique entre l'enfant et elles en cas de GPA-don concernent les droits parentaux ; aucune des deux enquêtées ayant eu recours à une GPA-don n'a évoqué d'appréhension liée à d'éventuelles difficultés d'identification ou de reconnaissance de l'enfant comme étant le leur.

Au début j'étais pas du tout favorable à la GPA avec don, dans le contexte actuel je me disais que j'allais avoir aucun droit sur rien, « toi t'auras tout moi j'aurai rien ». J'étais prête depuis longtemps à faire une GPA, avoir une nounou prénatale, mais je n'étais pas prête pour la GPA avec don. (Anaïs)

Ainsi la préoccupation ne porte pas sur le fait de ne pas pouvoir transmettre *son* propre patrimoine génétique, mais sur le fait qu'il y ait une distinction entre la gestatrice et la donneuse : *il ne faut pas* qu'il y ait de lien biologique entre cet enfant et la

gestatrice.¹ On peut supposer que le travail psychique effectué sur l'incapacité à porter une grossesse a eu un effet « global » de renoncement à une fertilité propre, même en cas de fonction ovarienne préservée, donnant une place moindre au lien génétique.

Ça j'avais dit à ma sœur, dès le départ, si tu es stérile, si tu ne peux pas pour X raison me donner tes ovocytes, moi ça s'arrêtera là. Je ne pourrai pas. Tant que c'est pas mon bébé, je peux. [...] Par contre si c'est le mien, impossible. C'est bizarre mais génétiquement là ça avait un poids énorme, ça changeait tout, c'était plus du tout de la même façon que j'aurais vécu la grossesse, la même relation avec le bébé que je portais, c'était plus possible. [...] Si ça n'avait pas été le cas, la question se posait pas. C'était pas plus simple plus compliqué, je le faisais pas, c'était impossible. » (Lucie)

Je pense qu'il y aurait eu un souci si ça avait été la même personne qui porte et qui donne ses ovocytes. Pour nous c'était pas possible. Et c'était catégorique des deux côtés. (Anaïs).

Ma sœur n'aurait jamais donné ses ovocytes en portant, avec ses ovocytes, sinon elle n'aurait pas pu faire ce détachement. Elle était détachée parce qu'elle savait que c'était pas ses ovocytes à elle. (Sylvie)

Pour nous c'était important qu'il y ait une dissociation des deux. [...] Et c'est même pas vis à vis de nous, c'est qu'on aurait eu trop peur par rapport à la porteuse que pour le coup ce soit trop difficile pour elle. Pour moi c'est un lien en trop entre guillemets. [...] J'avais besoin qu'il y ait une dissociation entre le bébé et celle qui le porte, vraiment mais pas pour nous, vraiment c'était par souci de mettre entre guillemets chaque chose à sa place. Chacun son rôle, et même ça multiplie effectivement les intervenants pour moi c'est pas une difficulté, ce serait plus une difficulté de dire celle qui t'a porté est aussi ta mère biologique entre guillemets. (Christine)

Ces enfants ne sont pas les miens, je ne veux pas d'enfants, j'ai déjà des enfants ! [...] Tu fournis la partie biologique, moi je ne fais que les porter [...] *I bake them, you take them.*² (Nicole)

L'absence de lien génétique entre la gestatrice et l'enfant qu'elle porte est un facteur important pour le conjoint de celle-ci, permettant de maîtriser le « soupçon d'adultère » (Collard, Zonabend, 2013, p. 45). Pour l'une de nos enquêtées, la GPA a été vécue – et formulée comme tel – par son conjoint comme un adultère bien qu'il ait consenti initialement à soutenir sa femme dans cette grossesse :

¹ Nous détaillerons en dernière partie l'analyse de la nécessité pour toutes les parties en jeu de dissocier grossesse et don d'ovocyte. Celle qui porte ne peut jamais être celle qui donne ses ovocytes, autrement dit il y a un refus catégorique de *traditional surrogacy*.

² L'analogie *bake/take* est difficilement traduisible en français. Littéralement : « Je les couve [cuis], tu les prends ».

Je sentais qu'il était en colère après moi, alors qu'il n'avait aucune raison d'être en colère puisqu'il était présent, il était là, il avait donné son accord. En fait il l'a vécu comme un adultère. Il l'a vécu vraiment comme si je l'avais trompé. Il était persuadé d'ailleurs que c'était mon bébé. [...] De façon très lucide, il pouvait dire « Je sais, je sais », mais après il perdait pied, et voilà, il l'a vécu vraiment comme un adultère, vraiment. Après il m'en a voulu, à ma sœur, à François. Et puis il s'en est voulu aussi, de ne pas avoir eu le courage de dire non. (Lucie)

II. LE CHOIX DE LA GESTATION POUR AUTRUI

Loin d'être une évidence, le choix de privilégier la GPA comme mode de procréation au détriment de l'adoption suscite de nombreuses réflexions personnelles non seulement sur la pratique, mais aussi sur le sens et la valeur de ce que signifie, pour eux, être le parent de *cet* enfant *là* : tous expriment la nécessité d'être en accord avec leurs valeurs individuelles d'une part, et de pouvoir raconter « toute l'histoire » à leur enfant, sans qu'il y ait de « zones d'ombre » au tableau.

Les circonstances du choix

La démarche d'entrer dans un protocole de GPA peut avoir des origines diverses : la femme infertile, le conjoint, le couple, mais aussi une personne de l'entourage qui propose la GPA comme solution à l'infertilité. Différents cas de figures se retrouvent chez les enquêtées.

Dans deux cas de GPA intrafamiliale sur les trois que nous avons rencontrés, la GPA est une proposition de celle qui porte et non une demande de celle qui sera mère ; pour le troisième cas, le récit est un peu plus flou et ne nous permet pas de dire si c'est une demande de la mère ou de la gestatrice¹ :

Donc ma sœur me dit « je peux porter ton enfant, j'en ai discuté avec mon mari ». Moi j'avais jamais rien demandé, on en avait parlé à quelques occasions, de mères porteuses etc., mais jamais j'ai demandé quoi que ce soit. (Sylvie)

¹ Pour ce troisième cas, la procédure de GPA n'a pas encore été validée par l'équipe d'accueil, le dossier est actuellement en attente.

Elle me parlait beaucoup de la gestation pour autrui, elle cherchait une mère porteuse, elle m'en parlait, par internet elle avait discuté avec quelques unes et moi au fond de moi j'avais envie de lui dire « mais moi je peux le faire pour toi », mais je savais que ça posait problème à mon mari, et donc du coup je n'avais rien dit, j'avais tout gardé pour moi. [...] J'étais à l'hôpital, c'était un soir j'étais allée la voir en soins intensifs et je lui dis « écoute il faut que tu tiennes bon, que tu t'accroches ». Elle, elle était complètement démoralisée et je lui avais dit : si tu t'en sors si tout se passe bien, moi ça serait un honneur de porter ton bébé, je me sens prête. » (Lucie)

Nous étions assis à la même table lors du mariage de l'un de nos cousins, et elle parlait de ses difficultés à avoir des enfants. C'est à ce moment là que je le lui ai dit que j'étais prête à porter pour elle. Je lui ai dit : « tu ne me l'as pas demandé, c'est moi qui te le propose ». (Nicole)

À la base quand j'ai commencé à parler de mère porteuse elle n'avait pas encore d'enfant, donc pour elle c'était non direct, et en fait le jour où elle a eu sa première petite fille ben elle a changé d'avis. Avec le bonheur qu'elle a eu en ayant son enfant, elle a fait le choix d'être mère porteuse pour que moi aussi je puisse un jour avoir le même bonheur qu'ils avaient eu la première fois. (Mélanie)

Pour Anaïs, la GPA-don a été la seule solution qui puisse convenir à son mari et elle, au terme d'un processus de réflexion long de plusieurs années :

J'avais 25 ans, on a eu le temps de réfléchir [...] J'étais prête depuis longtemps à faire une GPA, avoir une nounou prénatale, mais je n'étais pas prête pour la GPA avec don. Moi j'étais plus adoption. Et lui il avait vachement peur [...] (Anaïs)

Pour Christine, c'est son conjoint qui a été l'élément déclencheur de la réflexion sur une éventuelle GPA :

Du coup de son côté pendant un an il s'est questionné, il a fait des recherches et puis un jour après avoir croisé un couple de jeunes femmes qui s'étaient arrangées entre guillemets avec un ami pour avoir la petite fille, il a dit « ben tiens et si on faisait une gestation pour autrui parce que je suis sûr que tu serais une maman formidable ». Donc sur le coup c'est « oui » c'est « non », « laisse-moi réfléchir », « voilà je ne suis pas toute jeune. » (Christine)

Enfin pour Émilie et Mélanie, la démarche est venue d'elles, rejointes ensuite par leurs conjoints :

Du coup entre temps je recherchais ma pathologie et je suis tombée sur l'association MAIA où j'ai pu rencontrer d'autres femmes MRKH, on a assisté à une réunion d'information sur PMA en globalité dont le sujet GPA, et ça nous a permis de rencontrer des couples, il y a 4 ans de ça, et après ça a été une chaîne [...] (Émilie)

Suite à des recherches sur internet, j'ai vu qu'il y avait l'hôpital S. On a fait une première démarche il y a deux ans avec la mère porteuse [...] (Mélanie)

Plus anecdotique, l'un des gynécologues avec qui nous avons eu un entretien informel nous a dit avoir proposé il y a 10 ans la GPA comme solution à une patiente à qui il venait de faire une hystérectomie d'hémostase suite à une hémorragie du post-partum gravissime, sous peine d'engager un peu plus son pronostic vital. Cette jeune femme dont la fonction ovarienne était intacte a effectivement eu recours à une GPA au Canada quelques années plus tard, et s'est énormément investie dans la vie associative de soutien à l'infertilité.

La place des associations : MAIA, C.L.A.R.A.

Deux associations en France font figure de référence en matière de soutien à la parentalité pour les couples infertiles : les associations MAIA et C.L.A.R.A., avec la particularité pour cette dernière de se destiner spécifiquement à la diffusion d'information et à promouvoir la reconnaissance de la GPA en France, tandis que MAIA est une association généraliste où tous les couples infertiles peuvent échanger sur l'ensemble des thématiques touchant à l'infertilité (procédures de PMA en France, recours à la PMA ou au don à l'étranger, femmes seules, femmes ayant dépassé 43 ans¹, recours à la GPA, etc.)

La vie de ces associations est essentiellement relayée par internet, où les particuliers peuvent trouver toutes sortes de renseignements, notamment sur les législations françaises, européennes et mondiales en vigueur concernant leur type d'infertilité ainsi que les moyens licites ou illicites de les pallier. En revanche, ces associations n'émettent aucune recommandation directe sur la clinique, le praticien, l'avocat, l'agence à contacter (selon ce que nécessite leur situation) ; elles se contentent d'alerter sur ce qui est légal ou non, et mettent en garde contre certaines pratiques attractives de prime abord et qui ont pu décevoir.² Tous les renseignements circulent directement d'adhérent à adhérent, officieusement et sur le mode du partage d'expérience : les couples qui ont eu recours à telle ou telle démarche particulière seront

¹ La sécurité sociale ne rembourse plus la PMA au-delà de cette limite d'âge pour les femmes ; la plupart des centres de PMA prennent cette limite (arbitraire) pour déterminer l'âge à partir duquel ils refusent les patientes, qui sont alors obligées de se tourner vers l'étranger pour répondre à leur demande d'enfant.

² Voir : <http://www.maia-asso.org/> ; <http://claradoc.gpa.free.fr/>

sollicité par ou proposeront leur aide à des couples dans une démarche similaire, prodiguant conseils et avertissements :

On a rencontré ces couples (la plupart avaient déjà eu leurs enfants comme ça, il y en avait d'autres qui attendaient, d'autres qui démarraient leur projet), du coup on a pris plein d'informations, on a gardé contact avec ces couples, ils nous ont donné un contact au Canada, c'est une intermédiaire entre nous et les mères porteuses. On a pris contact avec elle en septembre 2010, et après on a démarré le projet, on s'est lancé. (Émilie)

J'avais besoin de savoir qu'il y avait d'autres personnes que moi qui avaient fait ça, que ça avait marché et que ça allait bien. (Anaïs)

- *Comment avez-vous entendu parler de l'hôpital à Bruxelles ?*

- C'était une fois c'était par une association, on m'avait dit « c'est illégal ». Et quelques jours après j'ai reçu par courrier juste un papier blanc avec le nom du Dr A. Je suppose que c'est arrivé comme ça. (Sylvie)

Une démarche active et réfléchie

Le diagnostic précoce : anticiper une maternité « alternative », penser la parentalité

Les définitions de la stérilité se font toujours autour de la notion de couple dans les traités de gynécologie : on parle de *couple* infertile ou *couple* infécond. Avec le développement du diagnostic anténatal, il devient possible de dépister et d'anticiper une stérilité dès la vie *in utero* lorsque la stérilité est congénitale, grâce à l'imagerie anténatale dont la qualité ne cesse de s'améliorer (agénésie utérine type syndrome MRKH, hyperplasie congénitale des surrénales). Dans ces cas rares d'agénésie, le diagnostic étant posé avant la naissance, la prise en charge médicale se fera précocement. De ce fait, l'accession à la parentalité future devient une préoccupation des parents de ces enfants atteints, et des solutions peuvent être cherchées très tôt, *en dehors de tout projet d'enfant*.

Ainsi la connaissance d'une stérilité congénitale diagnostiquée dès avant la naissance ou à l'adolescence (en l'absence de survenue de règles) permet d'anticiper la levée des barrières procréatives, comme en témoigne la présence d'une jeune fille de 14 ans à une réunion d'information de l'association C.L.A.R.A. à laquelle nous avons assistée, et qui, accompagnée de son père, venait d'ores et déjà se renseigner sur les modalités de la GPA.

Comme nous l'avons vu précédemment, pour certaines des femmes que nous avons interrogées l'infertilité utérine a été connue plusieurs années avant d'avoir un réel

projet d'enfant. Ce temps entre l'annonce et le désir d'enfant a pu être un facteur facilitateur pour une démarche de GPA parfaitement réfléchi et acceptée.

On n'est pas des gens irresponsables qui ne pensent pas à son avenir, à son bien-être, au contraire, je pense qu'on y pense peut-être plus que certaines personnes qui fondent une famille plus facilement. (Émilie)

[...] on ne s'engage pas dans le projet d'un enfant, comme ça, sur un coup de tête. Il a su me convaincre parce que j'avais quand même des doutes, je me disais que mes enfants seraient orphelins rapidement et puis il y avait tout un tas de questions métaphysiques qui se posaient qui avaient besoin d'être résolues. [...] on voulait quelqu'un qui soit capable de répondre plus tard à d'éventuelles questions de l'enfant [...] donc je voulais que ce soit quelqu'un qui soit d'accord pour lui expliquer pourquoi elle a fait ça. Mais on voulait la même chose pour la porteuse parce que c'était encore plus important, enfin « encore plus important », c'est tout aussi important [...] (Christine)

J'avais 25 ans, on a eu le temps de réfléchir, je me suis inscrite à MAIA. [...] On a mis cinq ans avant d'en arriver là, on a pris notre temps, on n'était pas pressés, on ne voulait pas perdre notre recul, notre sens éthique. (Anaïs)

Les questionnements d'éthique personnelle sur la gestation pour autrui

Comme énoncé en introduction, nous n'avons pas souhaité centrer notre étude sur les questions d'éthique autour de la pratique de la GPA, mais plutôt autour du vécu de cette pratique par ceux qui l'ont choisi. Cependant nous aurions pu demander aux femmes si la démarche d'entreprendre une GPA avait suscité chez elles des interrogations sur ce mode d'engendrement particulier, et cela constitue une deuxième lacune de notre enquête. Aussi une seule des enquêtées nous a fait part de ses interrogations et de ses doutes autour de la pratique de la GPA en elle-même :

Est-ce qu'on peut le faire de façon éthique, oui ou non ? Est-ce forcément éthique ? Non. Il faut un cadre strict, on s'est mis un cadre en plus par rapport à ce qui existe au Canada, c'est pour ça qu'on en a mis qu'un [embryon] et pas deux. Mais bon aller à l'étranger c'est qu'un pis aller... [...] Il y aura ceux qui auront pris le temps de réfléchir et de faire ça de façon éthique, contrairement à ceux qui n'ont pas un rond et qui vont faire ça de façon illégale en France, ou qui vont partir en Inde ou en Ukraine et qui finalement vont dépenser autant qu'en allant au Canada, pas par les frais directement mais par le temps sur place, les pertes de salaire, les attentes de papier. (Anaïs)

Du côté des gestatrices

Nous nous sommes intéressés aux motifs qui ont poussé les gestatrices à proposer à une sœur, une cousine, ou une inconnue de porter un enfant pour elle ; dans beaucoup de cas, elles font référence à leur propre maternité, vécue comme heureuse et épanouissante, et la GPA est vécue comme un moyen de réitérer mais pour autrui les joies de la parentalité.

J'ai eu moi-même trois merveilleux enfants, et c'est un tel bonheur d'avoir une famille, un foyer aimant, que je voulais offrir ça à ma cousine. C'est un geste d'amour. Qu'elle puisse connaître ce que moi j'avais la chance d'avoir. Je crois que si j'avais dû faire ça pour des étrangers, j'aurais déjà dû les connaître et les aimer un peu. (Nicole)

Notre nounou a six enfants à elle. Elle a eu une première grossesse surrogative pour un couple parisien et elle a voulu retenter avec nous parce que sa première expérience était super, elle voulait revivre ça. [...] Les nounous canadiennes elles savent pourquoi elles le font, elle savent tout ce que ça leur apporte et tout ça. (Émilie)

À la base ils voulaient aider un couple d'amis qui avaient galéré pendant des années et des années, et finalement leur dernière FIV a marché. Elle est restée avec cette idée qu'elle allait faire ça [...] (Anaïs)

À la base quand j'ai commencé à parler de mère porteuse elle n'avait pas encore d'enfant, donc pour elle c'était non direct, et en fait le jour où elle a eu sa première petite fille ben elle a changé d'avis. Avec le bonheur qu'elle a eu en ayant son enfant, elle a fait le choix d'être mère porteuse pour que moi aussi je puisse un jour avoir le même bonheur qu'ils avaient eu la première fois. (Mélanie)

L'idée m'est venue assez tôt, je sais pas si c'est avant d'être maman ou après, je sais que j'étais assez jeune quand la question s'est posée [...] moi je pense que j'ai toujours été plus ou moins prête [...] Pour moi c'était très naturel, déjà j'étais triste pour elle et puis elle avait déjà eu des soucis de santé avant et j'avais rien pu faire pour l'aider, cette fois là je savais qu'il y avait une possibilité de concrétiser ce rêve qui lui tenait très... vraiment à cœur, donc voilà, moi c'est venu assez spontanément, naturellement, et ça s'est déroulé pour moi très bien. [...] J'avais pas trop besoin de réfléchir, c'était vraiment pour moi une évidence, je pouvais lui rendre ce service, je savais que ça n'allait pas me demander... fin je me disais 9 mois dans ma vie qu'est-ce que c'est ? Ca lui changera toute sa vie et moi finalement voilà, c'est juste 9 mois où je porterai son bébé et pas le mien [...] (Lucie)

La gestation pour autrui peut également être le moyen de conjurer un destin malheureux :

Sa première ou sa deuxième grossesse ça s'est très mal passé, elle a eu une infection et elle a perdu son bébé, qui n'a pas été décelée tout de suite, ça s'est super mal passé, et du coup d'avoir vécu un deuil de son bébé ça lui a ouvert les yeux en voyant que c'était pas gagné d'être parents ; après je pense qu'elle nous expliqué qu'elle avait fait connaissance avec l'intermédiaire aussi donc qui connaît plein de couples en attente, et elle s'est dit vu que je peux, je veux donner le bonheur à un autre couple, lui permettre d'être parent. Et puis elle trouvait que ça apportait beaucoup de richesse à ses enfants pour leur expliquer qu'une famille c'est pas forcément un papa une maman des enfants, ça peut être des schémas différents. (Émilie)

Dans tous les cas, l'autoréférence aux maternités précédentes pour les gestatrices est une constante ; chez les enquêtées, elle est mise au premier plan des motivations lorsque la GPA est faite pour un couple au préalable étranger ou lorsqu'il n'y a pas de lien de parenté entre la gestatrice et la femme pour qui elle porte (lien d'alliance dans le cas de Mélanie, entre elle et la femme de son frère) ; elle est au second plan pour les GPA intrafamiliales, où soit le lien de sororité est mis en avant, soit ce sont les enfants à naître et le foyer qu'ils combleront qui sont mis en exergue.

Les difficultés de l'entourage

La gestation pour autrui ne laisse jamais l'entourage indifférent : bien que toutes les enquêtées mentionnent la bienveillance des sphères familiales, amicales et professionnelles, il n'y a jamais d'unanimité autour de la pratique, pouvant même désorganiser tout un pan de la vie familiale. Les enquêtées ont toutes mentionné le fait qu'elles ont pu identifier certaines personnes comme hostiles à leur maternité « atypique », auquel cas elles adoptent une stratégie d'évitement ; elles prennent garde à ne pas mentionner la GPA devant ceux qui y sont défavorables. Elles affirment cependant qu'elles ne veulent pas mentir ni se cacher, simplement éviter les conflits.

Tout le monde était bienveillant, sauf une copine qui est cardio-pédiatre. Elle ne nous a jamais rien dit de violent là dessus mais je pense qu'elle n'est pas à l'aise mine de rien. (Anaïs)

Tout le monde est au courant, on en a parlé tout de suite [...] Et puis on en a discuté avec des amis aussi, tout le monde était super enthousiaste et puis il fallait qu'on en parle

à nos parents aussi parce que c'était un projet qu'on pouvait pas a priori mener tout seuls financièrement [...] ça a été très bien accueilli, y'a ptet une ou deux personnes j'ai senti que ça les dérangeait donc j'en parle plus jamais devant eux, mais ils se contentaient de s'éloigner quand j'en parlais, donc maintenant quand ils sont là j'en parle pas, mais sinon tout le monde me demande des nouvelles [...] (Christine)

Y'a pas de secret, [...] moi j'en avais parlé à la directrice de l'école, voilà je préfère le dire et avoir des remarques. Je le cachais pas spécialement et puis j'avais pas de crainte d'être dénoncée, c'était pas ce qui m'angoissait. (Lucie)

Plusieurs d'entre elles se disent surprises de l'aide logistique que leurs supérieurs hiérarchiques ont pu fournir : cumuls des congés pour la période de la naissance, facilitation d'un temps partiel, attribution de congés parentaux... Leur sentiment global est l'acceptation voire l'encouragement de l'entourage, accentuant leur incompréhension face à l'interdiction légale en France du recours à la GPA.

Au cours de leur parcours, certaines s'attardent particulièrement sur des difficultés rencontrées au sein de leur famille proche, qui font l'objet de plusieurs dizaines de minutes de temps de parole lors des entretiens. C'est le cas notamment de Lucie, dont le mari n'a pas supporté la grossesse qu'elle a mené pour sa sœur et a fini par les pousser au divorce.

Moi de mon côté ça s'est bien passé. Après je pense qu'elle¹ a dû vous raconter que ma vie a aussi basculé au même moment. Jusque là tout se passait bien. C'est vrai que mon mari... On était tous les quatre ensemble à vouloir que ça se passe au mieux, et puis bon après une fois que ça s'est un peu plus concrétisé, mon mari a perdu pied. Déjà même avant que la grossesse soit visible. Je crois que psychologiquement y'a quelque chose qui a été trop dur à porter [...] je sentais que lui n'était plus là, qu'il espérait presque que ça prenne pas quoi. J'avais bien senti que là il était un petit peu détaché par tout ça quoi. Et puis bon, au 2e essai comme la grossesse a débuté, après pfff... Après bon ben j'ai vécu la grossesse plus ou moins seule puisqu'il a pas pu... il est parti vers le premier trimestre, très rapidement. Voilà. Donc je pense que peut-être c'est pas pour chaque personne si facile à faire. C'est pas forcément même d'ailleurs la mère porteuse qui est plus à même, enfin... Souvent on est plus inquiet pour la mère porteuse et puis je me demande si c'est pas plus difficile pour l'entourage. Après c'est dans mon cas peut-être que... ça s'est passé comme ça. (Lucie)

¹ « elle » : sa sœur Sylvie, que nous avons rencontrée quelques mois auparavant.

Pour Christine ce sont ses parents qui selon elle éprouvent une réelle difficulté à accepter la GPA, sont dans l'incompréhension et le déni face à la démarche de leur fille :

- *Vous n'avez connu aucune réticence dans votre entourage ?*

- Alors ! J'ai... deux personnes qui me posent un problème, enfin... qui posent un problème... ce sont mes parents ! Qui sont derrière nous, qui vont nous suivre, qui ne refusent pas que je parle d'enfant devant eux, là j'y suis allée récemment on a parlé du matériel, j'ai demandé des conseils à ma maman, par contre sur la méthode c'est même pas la peine d'en parler. C'est un blocage total. Mes parents ont 74 et 78 ans, euh... Maintenant j'avoue que j'ai été un peu déçue, je les pensais un peu plus ouverts que ça... [...] j'ai essayé de dire à ma mère : « Mais si on te dit qu'on donne un rein de son vivant pour sauver quelqu'un là tout va bien, si on dit qu'on donne des ovocytes ou du sperme là tout va bien, mais si on te dit qu'on prête son ventre, qu'on ne s'en défasse même pas mais qu'on prête son ventre pour faire grandir une vie, là par contre... », mais elle me dit « mais oui mais parce que c'est pas pareil ». (Christine)

Quant à Nicole, son mari a souffert de l'alitement causé par la menace d'accouchement prématuré des triplés de sa cousine :

Je ne pouvais pas m'occuper de ma propre famille à cause de la grossesse. J'ai passé les deux derniers mois alitée, quasiment à ne pouvoir rien faire. J'avais de l'hypertension gravidique et la taille de mon ventre m'empêchait de faire quoi que ce soit, je ne pouvais même plus conduire à la fin du deuxième trimestre. [...] Mes cousins ne vivaient pas dans le même État que nous et n'ont pas pu nous aider avec les enfants, la maison... Mon mari a souffert de cette situation. Il a fait tout le travail et il n'a eu aucune récompense. [...] Je n'en ai jamais parlé à mes cousins parce que ça gâcherait tout, il y a tout à perdre et rien à gagner. J'ai zéro regrets, mes cousins me sont reconnaissants tous les jours. (Nicole)

Dans les cas de Lucie et Nicole, l'implication du *corps* n'est pas anodine : le conjoint de Lucie a commencé à « perdre pied » dès l'instant où un embryon issu des gamètes de ses beau-frère et belle-sœur a été transféré dans l'utérus de sa femme, c'est-à-dire *lorsque le corps de sa femme est entré en jeu*. Pour Christine, ses parents acceptent la « grand-parentalité » mais refusent d'évoquer le concours corporel d'autres femmes pourtant indispensable à la naissance de leur petit enfant. La confusion entre le *corps de la femme* et le *corps de la mère* (Catto, 2013, p. 106) semble ici imprégner les représentations des individus.

III. CHOISIR LA DONNEUSE, CHOISIR LA GESTATRICE

Le don incarné : le refus de l'anonymat

D'après certains auteurs, les couples hétérosexuels seraient moins enclins à souhaiter des donneuses d'ovocytes connues que les couples gays (Gross, 2014, p. 30). Pourtant les deux cas de GPA-don de notre enquête ont en commun l'affirmation d'une volonté explicite de la part des mères que l'enfant puisse avoir, s'il en exprime le souhait, la possibilité d'avoir accès à l'identité de la femme qui a donné ses ovocytes pour permettre sa naissance.

Déjà dans notre démarche, pour nous c'était important d'avoir une donneuse qui ne soit pas anonyme, on voulait absolument pas de l'anonymat, on voulait une donneuse qui accepte qu'on reste en contact même si c'est des contacts légers, on est amies sur facebook, on ne se parle pas tous les jours loin de là, mais ça permet de se suivre comme ça. [...] Mon père focalise toujours sur 'qu'est-ce que tu vas lui expliquer?' Je lui dis 'Papa, je vais lui dire la vérité puis comme je vais lui dire la vérité depuis tout petit pour lui ce sera quelque chose qui le choquera absolument pas'. [...] On voulait quelqu'un qui soit capable de répondre plus tard à d'éventuelles questions de l'enfant parce que je sais pertinemment que même si on fait tout ce qu'on peut, qu'on lui donne tout l'amour qu'on veut il peut avoir des questions existentielles lui aussi à l'adolescence souvent ça arrive, donc je voulais que ce soit quelqu'un qui soit d'accord pour lui expliquer pourquoi elle a fait ça. (Christine)

On a toujours été hyper transparent, on a des photos de nous avec sa nounou et toute sa famille, et aussi de la donneuse. [...] Certains ont été surpris qu'on connaisse la donneuse. Nous on voulait que ce soit ouvert. On avait le choix. On ne voulait pas que la donneuse soit anonyme pour ne pas avoir à dire 'celle qui t'a porté oui on la connaît, mais celle qui a donné on ne la connaît pas par contre.' Comment justifier? Y'a pas de raison. [...] Une boîte noire c'est pas possible. Pour l'enfant c'est pas facile, qu'est-ce qu'on lui apporte comme réponse plus tard? Il n'en aura pas forcément besoin des réponses, mais il faut qu'elles soient accessibles. On le forcera ni dans un sens ni dans un autre. (Anaïs)

Ces mères souhaitent que leur enfant ait un accès complet à l'histoire de leurs origines, elles refusent qu'une « boîte noire » vienne occulter une part de leur biographie ; cette position est cohérente avec celle du refus de l'adoption, vue précédemment.

Le langage amoureux

Zsuzsa Berend, dans un article paru dans le *Sociological Forum* intitulé « *The Romance of Surrogacy* » (2012), résume son étude sur le travail émotionnel effectué par des gestatrices américaines concernant leurs « IP's » (i.e. *Intended Parents*, parents d'intention) et relève la récurrence du thème de l'amour : « *labor of love* » (travail d'amour), « *journey of shared love* » (aventure d'amour partagé). Elle constate que régulièrement, des gestatrices sont déçues de la tournure que prend la relation avec les parents d'intention, et surmontent leur déception par la valorisation morale de l'acte qu'elles ont accompli. Tout comme Berend, nous retrouvons la dimension de « l'acte d'amour » chez Nicole, qui est d'origine américaine et dont la GPA pour sa cousine s'est déroulée aux États-Unis, donc dans un contexte favorable à la pratique : « *it's a gesture of love* », « *it's a gift of love* ».

Chez les enquêtées françaises, nous constatons une certaine référence à l'*univers amoureux* dans le processus de sélection mutuelle entre couples et gestatrices/donneuses (hors cadre de GPA intrafamiliale) ; le vocabulaire utilisé pour décrire les étapes de sélection est similaire à ce qui peut être employé pour des sites de rencontre : les « profils », le « matching », l'« accroche »... Nous ne donnerons que quelques exemples d'expressions les plus marquantes, tant les récurrences sont nombreuses et variées : « y'a quelque chose qui se passe », « on était sûres de s'être bien trouvées avec la porteuse », « il se trouve qu'avec la porteuse ça a été un coup de foudre amical en 48h », « on s'est dit 'oui' », « le courant passe très très bien », « j'avais flashé sur elle », « j'avais flashé sur son sourire », « le coup de cœur des deux côtés, on s'est trouvées tout de suite », « j'ai la chance de vivre quelque chose d'idyllique »... La nécessité d'une attraction particulière pour la gestatrice, et réciproquement, (Teman, 2010, p. 135) est constamment retrouvée. Toutes relèvent le caractère « exceptionnel », « idéal », voire « idyllique » de leur situation. Le sentiment de vivre une « histoire à part » est commun à toutes, y compris pour les enquêtées ayant recours à une GPA intrafamiliale.

Tout comme dans la quête de l'« objet d'amour », la quête vers *la* gestatrice est aussi semé d'embûches et de désillusions :

[...] Elle nous a dit qu'elle ne voulait pas continuer, elle avait peur de tomber enceinte, d'aller plus loin. [...] Nous on a été super tristes et déçus parce qu'on..., ça passait bien avec elle. Donc on a arrêté là avec elle. (Émilie)

Après pour la mère porteuse j'en ai contacté je crois sept ou huit avant Syntia, au moins sept ou huit. Y'en a avec qui ça avait un peu accroché [...] ça a été les montagnes russes de décembre à septembre, pendant 9 mois encore une fois, ça a été les montagnes russes, avec des espoirs et des espoirs déçus, et puis finalement... au bout du compte c'était juste le bon... ce qui fallait, le cheminement pour arriver jusqu'à Syntia quoi, c'est tout. (Christine)

D'autre part, ce que Berend note sur les déceptions des gestatrices qui perdent le contact avec leurs « IP's » (2012, p. 926), nous l'avons retrouvé de manière diamétralement opposée chez l'une des mères que nous avons interrogée, où le détachement relatif provient de la gestatrice et non des parents d'intention :

J'ai commencé à me faire un cinéma, [...] j'espère qu'on ne s'est pas trompé sur elle. C'était une sorte d'angoisse. [...] j'étais pas très bien parce que pour moi c'est important qu'on garde ce contact. Ça m'angoissait la nuit. Je me disais *j'espère qu'on ne s'est pas trompé*, est-ce qu'elle ne nous a pas raconté ce qu'on avait envie d'entendre, ça a été ça à un moment donné : *est-ce que toute cette belle histoire est vraie ?* (Anaïs, nous soulignons)

Nous remarquons que toutes ces déclarations sont toujours situées entre la mère et la gestatrice, et non pas entre le couple parental et la gestatrice, formant une sorte de *duo amoureux féminin* constitué pour le temps de la grossesse. Comme le dit Mehl, « l'intensité d'une relation de femme à femme est toujours évoquée » (2011, p. 103). Les enquêtées que nous avons interrogées étaient à moins d'un an de leur GPA à l'étranger, et déjà elles décrivaient des changements dans la relation, dans l'espacement des messages, avec le retour à la « vie normale » du côté de la gestatrice et les occupations parentales avec un nourrisson de l'autre. Il serait intéressant de suivre l'évolution de cette relation sur le temps long et d'analyser la forme qu'elle prend par la suite.

La référence à la famille

Nous retrouvons chez les enquêtées ce que Dominique Mehl relève à propos de la relation entre la gestatrice et le couple, qui se constituent en « familles élargies fondées sur des liens qui débordent, sans le dissoudre, le strict noyau légitime au regard de la filiation » (*ibid.*, p. 106). Il semblerait bien qu'il faille faire famille (entre les

lignées de la gestatrice et du couple) pour « faire famille » grâce à la GPA. La nature de la relation qui se tisse entre la mère et la gestatrice est assimilée à un lien de fratrie :

Vraiment pour moi j'ai trouvé une sœur, voilà maintenant on se comporte plus *comme des sœurs* que comme des amies, y'a une intimité qui se crée qui est assez impressionnante. (Christine, nous soulignons)

L'intégration de la gestatrice à la généalogie personnelle, et réciproquement, semble un processus fréquemment observé au cours de gestations pour autrui (Ragoné, 1996, p. 360 ; Delaisi de Parseval, Collard, 2007, p.35 ; Cailleau, 2013, p. 27). Pour que la GPA fasse sens, tout se passe comme s'il existait une nécessité de créer ce lien *sui generis*, afin de pouvoir l'inscrire dans l'histoire des individus, de lui aménager une place dans l'arbre généalogique :

Du coup comme on dit avec notre famille canadienne *c'est une autre branche qui se met à notre arbre généalogique* quoi. C'est dans les deux sens, pour elle aussi pour nous aussi. Emma c'est *comme une nièce pour elle*, voilà *elle fait partie de la famille*. (Émilie, nous soulignons)

Là par exemple elle nous a envoyé des fleurs et des chocolats pour notre anniversaire de mariage. C'est la relation qu'on a toutes les deux. Ce genre de relation là c'est vraiment *la famille* quoi. (Christine, nous soulignons)

Certaines allusions suggèrent que l'on peut étendre cette assimilation familiale à la donneuse d'ovocyte :

Oui on a vu tout le monde, on a pris *nos petites photos de famille* aussi, parce que c'était important pour nous tous. (Christine, à propos de la donneuse d'ovocyte, de la gestatrice, du père et d'elle-même le jour de l'implantation – nous soulignons).

L'allusion au lien fraternel est également extensible au père d'intention, ainsi qu'à la famille de la gestatrice :

Y'a un des frères de notre *surromum* on dirait que *c'est un jumeau* de mon mari ! (Christine, nous soulignons).

Ainsi l'intrication entre les « branches » des arbres généalogiques mutuels se fait à plusieurs niveaux et au-delà du lien entre la gestatrice et la future mère, renforçant le sentiment d'être tous liés les uns aux autres par « plus » que la gestation pour autrui.

LE TEMPS DE L'ENFANTEMMENT

C'est au cours de la grossesse que les liens sont les plus étroits entre les futurs parents et la gestatrice ; hors GPA intrafamiliale, les échanges sont réguliers, quasi-quotidiens, souvent simplement pour se saluer ou s'assurer qu'il n'y a pas d'incident particulier, comme si la distance physique les rapprochait psychiquement. En GPA intrafamiliale, les échanges sont moins nettement modifiés par rapport au contexte précédent la grossesse, même s'ils sont intensifiés par le partage des temps médicaux notamment.

Chaque étape de la grossesse est identifiée, circonscrite, individualisée : la stimulation ovarienne, la ponction, la fécondation, le transfert, l'implantation, les échographies, jusqu'à l'accouchement puis la rencontre avec l'enfant, et le post-partum. Comme pour les « maternités PMA », chacune de ces phases est l'objet d'attentes et d'espoirs, parfois déçus. Chacun s'approprie les événements selon sa propre subjectivité et la part qu'il prend à l'action, dans une situation donnée. Nous verrons la variabilité et les régularités retrouvées dans les discours des enquêtées, concernant la relation avec la gestatrice au cours de la grossesse, le déroulement de la naissance et les rituels qui y sont associés, le rôle du père au cours de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la question du devenir des embryons restants.

I. LA GROSSESSE

Le début des procédures de FIV est le premier stade marquant de la grossesse pour autrui : elle est l'amorce de l'incarnation d'une parentalité psychique en une parentalité matérialisée, en faisant participer le corps des individus. Des capacités corporelles de la gestatrice dépendra l'issue de la grossesse ; qu'une fragilité apparaisse et c'est tout le projet qui est remis en question. Ainsi, l'accouchement est vécu par les gestatrices comme un « soulagement » : elles ont pu aller jusqu'au bout de la grossesse dans des conditions de sécurité pour l'enfant et pour elle-même, et peuvent enfin confier

le nouveau-né à leurs parents. La plupart du temps, la carrière des jeunes mères débute dès la salle de naissance car elles ont quasiment toutes pu assister à la naissance (3/4). Les pères sont moins systématiquement présents (1/4). Cette différence entre comportement maternel et paternel vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement se retrouve à plusieurs niveaux, que nous éclairerons à la fin de ce chapitre.

Entre sécurité et rentabilité

La transition entre le projet et la concrétisation de celui-ci en réalité tangible est constituée par le temps de la stimulation ovarienne, suivie de la ponction ovocytaire. La question du nombre et de la qualité des embryons est omniprésente : combien d'ovocytes seront « récoltés » lors de la ponction ? Y aura-t-il nécessité d'une deuxième stimulation ? Les ovocytes, une fois fécondés, vont-ils aboutir à des embryons qui se développent ? Et si oui, faut-il les transférer à J3 ou plutôt à J5 du développement embryonnaire pour optimiser les chances d'implantation (Papanicolaou *et al.*, 2008)¹, au risque de perdre des embryons entre J3 et J5 ? À ces interrogations viennent s'ajouter les contraintes liées au coût des techniques de PMA, qui joue souvent le rôle d'arbitre dans les décisions prises par les futurs parents. La contrainte financière peut parfois amener à des comportements risqués sur le plan obstétrical, en transférant plus de deux embryons à la fois. C'est le choix que feront Nicole et sa cousine, qui avouera qu'elle était tout à fait naïve sur la question des risques obstétricaux liés à une grossesse multiple :

La stimulation ovarienne a été risquée pour ma cousine, elle a failli ne pas pouvoir aller jusqu'au bout à cause d'un syndrome d'hyperstimulation. Elle était à deux doigts de devoir arrêter mais elle a tenu bon jusqu'au bout du cycle d'injections, et elle a finalement pu être ponctionnée. [...] Au final il y a eu quatre embryons de bonne qualité, et nous avons choisi d'en transférer trois.

- *Pourquoi avoir choisi d'en transférer trois ?*

- Je n'avais aucune idée des risques que représentait une grossesse multiple au cas où tous les embryons s'accrocheraient. Le médecin nous avait expliqué que nous avions le plus de chance de réussite en transférant trois embryons en même temps, et comme ma cousine ne pouvait payer qu'un seul transfert, nous avons choisi de mettre le maximum de chances de notre côté. Aux États-Unis, à cause du coût de n'importe quelle procédure

¹ D'après les données des Journées des Techniques Avancées (JTA) en gynécologie et obstétrique PMA périnatalogie et pédiatrie : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1381

médicale, on a souvent des comportements *unhealthy*¹, et la prise de risques dans le domaine de la santé n'est pas rare chez nous. (Nicole)

La situation que décrit Nicole se distingue des autres enquêtées. En effet, aucun autre couple d'intention n'a souhaité transférer plus de deux embryons à la fois. Il faut rappeler que cette GPA s'est déroulée en 2006 en Floride : les pratiques divergent entre les pays et les recommandations évoluent au fil du temps. Comme le souligne par ailleurs Nicole, « la prise de risques dans le domaine de la santé n'est pas rare » aux États-Unis. Nous voyons dans cet exemple à quel point le rapport à la santé et à la prise de risque diffère selon les sociétés ; il nous semble important de rappeler qu'il ne peut donc y avoir de transposition directe d'un contexte à l'autre sans en référer à ces différences, autrement dit les variations observées entre les attitudes des unes et des autres ne dépendent pas uniquement de leur démarche personnelle, mais aussi du contexte dans lequel elles s'insèrent. Les attitudes face aux choix qu'imposent la GPA sont donc à mettre en relation avec le contexte américain global de PMA, et plus généralement de santé publique, et ne peuvent pas être attribuées directement à la pratique spécifique de la GPA.

Pour certains couples français, la mise en balance des risques obstétricaux et pédiatriques d'une part, et de l'optimisation des chances d'autre part, a guidé les choix des parents d'intention concernant le nombre d'embryons à transférer. Suivant les règles de bonnes pratiques d'assistance médicale à la procréation², jamais plus de deux embryons ne seront transférés à la fois. Lorsque deux embryons sont transférés, les couples anticipent sur leurs capacités parentales futures et tentent de se projeter dans une parentalité gémellaire.

La troisième fois un seul embryon a été transféré. Les deux premières fois c'était deux. C'est nous qui voulions deux.

- *Pourquoi deux embryons ?*

- Pour augmenter les chances. Après moi dans ma tête j'étais prête à accueillir des jumeaux, mon conjoint était bien plus réticent. On a joué la sagesse la troisième fois et ça a marché. [...] Elle avait 30 ans ; elle a eu une grossesse gémellaire pour elle qu'elle a mené jusqu'à 39 semaines ; les grossesses gémellaires ne lui faisaient pas peur et au

¹ Difficilement traduisible. « Comportements à risque » pourrait être un équivalent.

² Article III-2.3. de l'arrêté du 3 août 2010 concernant le transfert embryonnaire :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022809674&dateTexte=&categorieLien=id>

médecin non plus, parce qu'il l'a suivie pour sa première grossesse *surrogate*, du coup il savait que notre nounou était en forme pour. (Émilie)

Pour la clinique où nous sommes allés ils nous annonçaient un taux de chances de réussite à plus de 80%, dans les 84 85% [...] on a eu de la chance, on a implanté deux embryons et y'en a qu'un qui s'est accroché mais voilà. [...] on voulait absolument deux, on était très très prêts pour deux [...] (Christine)

Pour Anaïs en revanche, la grossesse gémellaire n'est pas envisageable à cause des contraintes physiques que cela imposerait à la gestatrice, ajouté au fait qu'elle ne souhaitait pas deux enfants d'emblée :

Pour moi une grossesse gémellaire ç'aurait été un échec. Premièrement on ne cherche pas à pousser le bouchon super loin, deuxièmement elle a deux enfants petits donc si c'est pour passer la grossesse allongée, on ne peut pas leur faire ça. (Anaïs)

Sylvie et sa sœur souhaitaient éviter une grossesse gémellaire, mais un premier échec d'implantation après transfert d'un embryon unique a motivé le transfert de deux embryons la seconde fois :

On n'en transfère qu'un pour éviter les grossesses multiples. Là ça n'a pas marché, ça n'a pas tenu. Donc là déception sans être déception parce que je savais que c'était pas forcément... [...]Ma sœur me dit ben allez ! on a refait ça de suite. On a décongelé deux embryons, en fait il y en a un qui n'a pas tenu à la décongélation, et y'a deux qui ont été décongelés qui ont été transférés. (Sylvie)

Nous voyons au travers de ces extraits que le choix du nombre d'embryons transférés est multifactoriel et prend en compte les capacités et les souhaits de la gestatrice, auxquels s'ajoutent les désirs parentaux : il semble que la prise de décision est commune, et n'implique pas de rapport de subordination entre parents d'intention et gestatrice. Par ailleurs une étude a montré que les gestatrices menaient les grossesses multiples plus loin en terme que les patientes FIV conventionnelles » de manière significative, avec des enfants de meilleur poids (Serafini, 2001, p. 24). La prise de risque est donc d'autant plus relative en cas d'implantation de plus d'un embryon à la fois.

Les incertitudes du premier trimestre : le transfert

Le transfert du ou des embryon-s est le moment où la grossesse prend corps : sortis du laboratoire du biologiste, les embryons une fois transférés deviennent porteurs de l'espoir d'une grossesse. Cette étape clé de *mise en corps* du ou des embryon-s correspond au début potentiel de l'histoire de l'enfant à venir ; il est également le seul moment où tous les protagonistes sont réunis en cas de GPA-don (donneuse, gestatrice, parents d'intention).

Le jour du prélèvement y'avait la donneuse, son mari, ses enfants, notre porteuse, sa fille, l'équipe était au complet. Pour nous c'est important. [...] Donc oui on a vu tout le monde, on a pris nos petites photos de famille aussi parce que c'était important pour nous tous [...] on avait juste mis une photo de nous tous avec des t-shirts qu'avaient fait notre surromum, des t-shirts de super héros, on avait un t-shirt chacune, enfin chacun même, mon mari avait le sien aussi, et on l'avait mis en profil sur facebook [...] (Christine)

C'est vrai que le transfert c'est un moment hyper émouvant parce que... avec ma sœur on était toutes les deux très très émues, on était toutes les deux dans le bloc. Je sais que pour le transfert on avait fait une petite carte postale, on avait marqué « ce jour... » J'ai tout gardé pour après. On avait marqué « ce jour, voilà... » (Sylvie)

Pouvoir situer précisément dans le temps le début de la vie de l'enfant à venir génère une cristallisation de l'attention autour du transfert embryonnaire : « l'équipe au complet » est réunie et présente pour un même but, avec le même espoir. La fenêtre temporelle délimitée par la ponction, la fécondation, le transfert et l'attente de l'implantation, crée un cadre symbolique autour des prémices de la vie du futur fœtus. Les émotions circulent au sein de ce cadre, entre les différents acteurs, jusqu'à la résolution : l'annonce de la réussite ou de l'échec du transfert.

On fait un premier transfert en avril, qui a échoué. On en a retenté un le mois d'après sur son cycle d'après, pareil ça a re-échoué. [...] Normalement c'est au médecin de nous annoncer le résultat de la prise de sang 14 jours après, mais elle pouvait plus tenir. Donc la veille, la nuit pour nous, on était sur nos mails et elle nous a envoyé le test-pipi et après, les résultats de la prise de sang. Ça a été une grande émotion et en même temps beaucoup de retenue ; on savait que c'était pas tout gagné. (Émilie)

Dès que j'ai su que j'étais enceinte avec les résultats de la prise de sang, je l'ai tout de suite annoncé à ma cousine par téléphone. Elle a commencé à crier, à pleurer, à paniquer tout à la fois. À ce moment là je ne savais pas combien il y en avait, peut-être qu'ils étaient deux ou un à s'être accrochés. (Nicole)

J'ai eu ma visite y'a pas longtemps, [mon médecin du travail] me dit « Vous n'avez pas fait de test du stress ? » Je lui dis : « Non c'est pas la peine, c'est pas la peine que je fasse le test du stress parce que je viens de rentrer il y a 2 jours du Canada où on a fait quelque chose d'un peu particulier et j'attends les résultats pour savoir si ça a marché ou pas donc je suis en plein stress et je sais d'où il vient. » (Christine)

Donc du coup on a fait le test et c'était positif. On était contentes mais on attendait les trois mois. Et c'est vrai qu'on attendait les trois mois pour l'annonce. (Sylvie)

La réussite des transferts chez les enquêtées est variable : de un à trois essais seront nécessaires pour obtenir une grossesse évolutive. Un seul aboutira à une grossesse multiple (chez Nicole), les autres seront des singletons.

Interactions et dialogue

L'intensité relationnelle de la GPA se manifeste par la multiplication de liens entre les protagonistes et leur environnement : tout un réseau de relations se tisse entre le fœtus, la gestatrice, les parents d'intention, le corps médical qui suit la grossesse et l'entourage familial, amical et professionnel de chacun. La fréquence ainsi que la qualité des échanges entre la mère d'intention et la gestatrice sont des témoins de cette intensité relationnelle :

Après ça a été super parce que notre nounou nous a fait profiter de tous les examens, tout ce qui se passait dans sa vie, sa grossesse. On se donnait des nouvelles une fois par semaine en moyenne ; les semaines où elle passait des examens j'en avais la veille, le jour, le lendemain [...] On a tout suivi par skype, par mail, par téléphone, elle nous envoyait des photos en direct. Elle a été super géniale. (Émilie)

Tous les jours quasiment on s'écrivait ou on se voyait sur skype, on avait des contacts plutôt par écrit parce que c'est plus facile, moi j'étais dans le RER généralement, on avait vraiment un lien en permanence. (Anaïs)

- *Vous vous donnez des nouvelles tous les jours ?*

- Oui, des fois on se dit juste bonjour je te souhaite une bonne journée, j'espère que tu as bien dormi, ou alors on se parle un petit peu plus [...] C'est étrange les relations qu'on peut créer, c'est très très bizarre. Et OUI, oui j'aime bien en parler et j'aime bien partager ce qu'on vit, que c'est exceptionnel, qu'elle est exceptionnelle dans ce qu'elle fait pour nous [...] (Christine)

- *Vous avez le sentiment que la GPA vous a rapprochées ?*

- Oui forcément ça nous a rapprochées, on s'est vues beaucoup plus souvent et ça crée un lien certainement... [...] On était déjà très proches, y'avait pas besoin de ça pour me

sentir proche mais oui, on a été là l'une pour l'autre, puisqu'on avait ces craintes aussi pendant cette grossesse, c'était compliqué pour elle sans porter de bébé de devenir maman comme ça du jour au lendemain, donc moi j'avais les mêmes aussi. (Lucie)

La gestatrice est à l'interface entre l'univers *in utero* où évolue le fœtus, et le monde extérieur. Elle est le médiateur indispensable des relations entre les parents d'intention et leur futur enfant. À un autre niveau, le corps médical représente également un moyen d'avoir accès au fœtus, par l'imagerie échographique ou par les ultra-sons :

À 18 semaines, on a vu à l'écho que c'étaient trois garçons. [...] Elle écoutait chaque consultation chez le médecin par téléphone, aussi pour entendre les bruits du cœur des bébés. Je lui parlais des habitudes de chaque garçon, je lui disais : celui-ci bouge beaucoup, celui-là est plus calme [...] (Nicole)

On a été au dernier examen médical avec elle, on a pu entendre le cœur du bébé avant, pour la première fois et avant qu'elle arrive en vrai. (Émilie)

C'est particulier parce qu'on sait que cet enfant va arriver, mais on le porte pas donc on le sent pas dans sa chair. Mais on prépare tout comme une maman qui va avoir un bébé, on prépare la chambre, les vêtements, tout est pareil, sauf qu'on ne le sent pas dans sa chair. Donc c'est vrai que régulièrement je mettais la main sur le ventre de ma sœur pour le sentir. (Sylvie)

Temam évoque le risque « d'étouffement » de la gestatrice par la mère d'intention (2010, p. 167). Nicole utilise dans son récit la formule suivante : « *No privacy in this pregnancy* »¹, pour décrire le sentiment que chaque instant de la grossesse sera partagé au-delà du cercle conjugal. La volonté de trouver un juste milieu entre intrusion et intérêt pour la vie quotidienne de la gestatrice est revenue chez plusieurs mères d'intention :

Les semaines où y'avait rien de spécial on essayait... j'essayais de *pas être trop intrusive* et d'avoir un *respect envers elle*, et elle aussi. (Émilie, nous soulignons)

Moi j'avais plus besoin de suivre tout, *c'était pas pour la pister ou la fliquer*, mais j'avais envie d'avoir des éléments au maximum pour pouvoir raconter à notre enfant après, pour qu'il puisse avoir son histoire à lui. [...] je veux pas l'embêter, je veux garder un contact qui reste là, *sans l'embêter*. (Anaïs, nous soulignons)

¹ « Pas d'intimité dans cette grossesse ».

[...] elle était très présente, elle était là pour mes échos, avec François aussi [...] On se voyait, elle était là, elle était présente mais *on n'était pas collées l'une à l'autre non plus* [...] (Lucie, nous soulignons)

Les stratégies de « mise à distance » psychique

Le vécu corporel de la grossesse par les gestatrices semble très différent de leurs grossesses précédentes :

[...] du coup tout a été assez différent par rapport aux trois premiers, que ce soit quand j'ai rompu la poche des eaux, les premières contractions, l'accouchement ou le après, avec ces aventures de placenta et je me dis ça a été quand même... différent. (Lucie)

Pour Nicole qui n'avait jamais eu que des singletons auparavant, l'expérience d'une grossesse multiple est nécessairement différente de ce qu'elle avait connu pour ses propres enfants. Elle évoque notamment le handicap physique qu'a représenté la grossesse pour sa cousine :

Il y a eu des périodes difficiles pendant la grossesse. J'étais en deuxième année de *Law School*, qui se trouvait à une heure en voiture de chez moi, je continuais à suivre les cours pendant la grossesse, mais mon ventre a fini par devenir tellement gros qu'il atteignait le volant, et je ne pouvais plus conduire. À la fin c'est ma mère qui m'emmenait en voiture, qui m'attendait avec un livre dans la voiture pendant mes cours et qui me ramenait ensuite à la maison. [...] Je devais rester allongée quasiment toute la journée pour que je n'accouche pas trop tôt et que les poumons des bébés puissent être suffisamment développés avant la césarienne. Je n'avais jamais connu ça pour mes grossesses précédentes. (Nicole)

Pour Lucie, le processus de « dissociation » et de « détachement » vis-à-vis de la grossesse a été un moyen de « se préserver » :

La grossesse je l'ai vécue vraiment on va dire de façon un peu dissociée pour être honnête. [...] Je pense que j'étais tellement détachée de cette grossesse que je n'ai même pas senti les contractions. Pourtant j'étais maman déjà trois fois, mais là j'étais tellement pas dans cette attente là et j'étais tellement pas à l'écoute de mon corps que j'ai rompu la poche des eaux et ça m'a même pas alertée. Donc c'est vrai que je pense qu'on met en place pour se préserver un... je sais pas... On met en place un mode de fonctionnement assez bizarre où on est dissociée. (Lucie)

Ce qui est rigolo c'est qu'elle a déjà eu trois grossesses, et c'est là qu'on voit qu'elle était complètement détachée de cet enfant, c'est quand elle a perdu les eaux elle n'a pas compris que c'était les eaux. Elle a eu très très peu de contractions, c'est comme si son corps – c'est comme ça que la psychologue l'a expliqué – comme si son corps se détachait. Comme si y'avait un détachement... Après ça aurait peut-être été comme ça même si ça avait été le sien, mais elle n'a pas du tout ressenti les contractions. (Sylvie)

Ce phénomène a été décrit par de nombreuses gestatrices israéliennes, mettant en place une sorte de « *body map* » où la grossesse est isolée du reste du corps, permettant de « se préserver », de ne pas être envahie par la grossesse. (Teman, 2010, p.74). Ce détachement ne signifie par pour autant qu'il y a une rupture totale ou une occultation de la grossesse ; en plus des échanges réguliers avec les parents d'intention à propos de la grossesse, les gestatrices font participer leurs propres enfants à la vie utérine des futurs bébés, notamment au travers du rituel de « bonne nuit » ou de l'observation des mouvements du fœtus :

Tous les soirs mes enfants leur disaient : 'Bonne nuit les cousins !' (Nicole)

J'en parlais avec ma petite fille qui n'était pas encore scolarisée, je lui disais 'oh regarde ton cousin il met des coups de pied', on en rigolait toutes les deux, on mettait des mots justement sur ça. (Lucie)

[...] elle lui avait déjà expliqué, et comme on était loin il a dit que comme nous on ne pouvait pas le faire, lui il allait dire bonne nuit tous les soirs au bébé. J'ai trouvé ça super mignon ! Il avait très bien compris, mais à la fin il en avait un peu marre parce qu'il voulait retrouver sa maman, parce qu'elle était fatiguée. (Anaïs)

Nous supposons que ce processus de détachement permet à la gestatrice de ne pas s'investir affectivement vis-à-vis du fœtus à la manière de leurs grossesses précédentes ; ce détachement est lié à et entretenu par l'appropriation de la grossesse par les mères d'intention (Teman, 2010, p.134 ; p.166) :

Dans ma tête et même quand elle m'appelait c'était « We are pregnant », c'était pas *je* suis enceinte, c'est *nous*. (Émilie)

Après vous allez vous dire c'est pas moi qui ai accouché, mais moi j'ai super supporté notre nounou, je l'ai aidée tout ça [...] (Anaïs)

Aujourd'hui je me dis « est-ce vraiment moi qui l'ai porté ? » J'ai l'impression presque que c'est Sylvie qui a porté Léon, je ne me vois pas en train de le porter, je ne m'en souviens même presque plus de cette période là [...] (Lucie)

Pour elle c'était ma grossesse, quand j'en parle à des gens qui ne me connaissent pas, je parle de mon accouchement comme si j'avais accouché parce que j'ai assisté et quand je le raconte, j'ai l'impression que c'est moi qui ai accouché. On était tellement en symbiose à ce moment là, j'ai l'impression de l'avoir porté finalement. [...] C'est rigolo parce que ma sœur deux mois après elle a tout perdu, et moi je gardais mes kilos. Si ça se trouve j'aurais quand même pris du poids même si on avait pas été dans ce contexte, mais c'était assez rigolo parce que y'a une espèce de transfert. [...] Quand j'ai accouché, réellement je le vis comme ça, comme si c'était moi qui avais accouché. Autant le porter, c'est pas pareil, mais l'accouchement est vraiment un moment spécial [...] (Sylvie)

Les complications obstétricales

Dans certains cas le bon déroulement de la grossesse est mis en danger par une menace d'accouchement prématuré, une pré-éclampsie¹ débutante, induisant un risque néo-natal en cas de naissance trop précoce, surajouté aux risques encourus par la gestatrice. Les deux gestatrices que nous avons rencontrées ont relaté diverses complications obstétricales, parfois très graves :

Je suis rentrée chez moi deux jours après la césarienne, le médecin m'avait dit 'tout va bien, rentrez chez vous !' alors que j'avais toujours une tension artérielle plus élevée que la normale. Une fois à la maison ça s'est aggravé et j'ai été en insuffisance cardiaque, il a fallu que je suive six mois de traitement et on m'a interdit toute autre grossesse alors que je voulais un quatrième enfant. (Nicole)

La grossesse a été assez compliquée physiquement et surtout la fin de la grossesse, j'étais très fatiguée, après c'était je pense aussi un contexte... [...] moi j'étais suivie en fin de grossesse par une sage-femme parce que la fin de grossesse était un peu compliquée, et donc comme il y avait une menace d'accouchement prématuré, une sage-femme venait faire un monitoring tous les jours [...] c'est la sage-femme justement qui, quand j'avais eu des douleurs je sais plus à quel mois de grossesse, des douleurs, et puis j'avais vraiment très très mal, des contractions, et donc le matin j'étais allée voir une sage-femme qui m'avait expliqué que le col avait rétréci, et qui m'avait envoyée aux urgences, et c'est à partir de ce moment là que j'ai eu une prise en charge un peu plus suivie. [...] Ils ont fait une faute médicale assez grave, [...] ils n'ont pas vérifié le placenta après la naissance, et moi dans mon truc j'ai pas posé mille questions et finalement j'ai eu une suite un peu compliquée, j'ai eu des saignements qui ne s'arrêtaient

¹ La pré-éclampsie est une pathologie gravidique associant une hypertension et une protéinurie. Non surveillée, elle peut aboutir à des complications beaucoup graves telles que l'éclampsie, le HELLP syndrome, ou l'accident vasculaire cérébral, mettant en jeu le pronostic vital de la parturiente.

pas, des douleurs, pour se rendre compte que mon placenta était là quoi. J'ai eu droit à un curetage, donc j'ai eu l'impression d'avoir accouché deux fois puisque le placenta étant toujours là, en plus longtemps après parce que j'ai fait une hémorragie, un syndrome infectieux et tout, donc il a fallu y repasser. J'étais partie en vacances, j'avais passé le 31 décembre au ski, enfin j'étais plus du tout dans la grossesse, mais j'avais des saignements qui persistaient, des douleurs, ça m'a mis la puce à l'oreille et c'est le jour de la visite chez le gynéco, c'est bien un mois et demi après je crois ? Donc déjà à la maternité j'avais dit c'est bizarre, le lendemain de l'accouchement, je pense avoir perdu un bout de placenta. Et l'infirmière m'avait dit 'non c'est pas possible, on vérifie à chaque fois, ça doit être un caillot'. 'J'ai accouché trois fois, quand même, c'est pas un caillot c'était vraiment...'. Comme elle m'avait dit que c'était impossible je me suis dit bon, allez, elle doit avoir raison. Et puis un mois et demi après j'ai fait une écho et puis après le doppler qui ont confirmé qu'il y avait bien encore le placenta et j'ai eu le curetage dans la foulée quoi, deux mois après je pense. Je l'ai quand même gardé longtemps. C'est drôle je me suis dit c'est vrai ça aurait pu mal tourner. Mais bon heureusement... tout s'est bien passé. (Lucie)

Malgré ces complications, elles affirment toutes deux qu'elles ne regrettent aucunement leur geste. On relève cependant un paradoxe dans le discours de Lucie, puisqu'à plusieurs reprises elle nous dit que « ça s'est déroulé pour moi très bien », « tout s'est bien passé », « moi je l'ai super bien vécu au niveau physique, au niveau émotionnel », alors qu'au vu du déroulement de la grossesse et des suites de couches, le souvenir de la GPA aurait pu être entaché par ces événements.

Au risque sanitaire se surajoute la détresse affective et le risque légal : pour les deux sœurs Sylvie et Lucie, la découverte d'une anomalie du rythme cardiaque fœtal à sept mois de grossesse a fait prendre conscience à Sylvie de la dépendance aux capacités corporelles de sa sœur, et du poids de cette responsabilité pour Lucie.

Elle avait le col ouvert, donc je me suis occupée de ses enfants, le dernier mois a été un peu chaud. [...] Tout ce dernier mois a été compliqué ; elle était suivie par une sage-femme et elle lui avait dit « il ralentit » donc elle avait dû aller à la clinique [...] Elle a dû faire garder ses enfants, on a commencé à partir, et sur la route c'est à ce moment là que j'ai compris la pression sur les épaules de ma sœur, j'ai vu qu'elle pleurait. « Excuse-moi, excuse-moi, j'espère que ton bébé va bien, excuse-moi » je lui dis « t'y es pour rien, t'y es pour rien », elle me disait « c'est terrible, je suis désolée ». Moi je stressais, j'avais peur à la fois pour ma sœur, à la fois pour le bébé donc c'est très compliqué, j'avais peur pour les deux et elle, elle s'excusait d'éventuellement si le bébé allait pas bien. C'était assez difficile pour toutes les deux. [...] (Sylvie)

De plus, le montage juridique ne tiendrait que si l'accouchement pouvait avoir lieu dans la clinique dans laquelle les praticiens avaient organisé en amont les particularités liées à la déclaration de naissance. En cas de naissance prématurée, la clinique n'ayant pas le plateau technique néo-natal suffisant pour accueillir un nouveau-né nécessitant des soins intensifs, l'accouchement aurait dû avoir lieu dans un autre établissement, exposant les deux sœurs au risque de découverte de la GPA ou d'impossibilité de mettre en œuvre les dispositions préparées au préalable pour la non-reconnaissance maternelle.

C'était ça le plus stressant. On se demandait comme ça se passait si elle accouchait dans l'ambulance, pour la reconnaissance, en fait on paniquait plutôt sur ça parce qu'on savait qu'elle accouchait souvent avant le terme. [...] On est rentrées à la maison, elle était à 7 mois de grossesse. Le gros problème c'est que c'est une clinique de petit niveau, et ils nous avaient dit que si c'était un accouchement à 7 mois, c'était le CHU. Alors là on était paniqués, on priait pour que ça tienne jusqu'au 8^e mois. Elle a accouché à 8 mois. (Sylvie)

Dans ces conditions, le bon déroulement de la grossesse est une préoccupation permanente et l'accouchement est vécu par tous – et c'est le cas de le dire – comme une délivrance.

Mon mari il était content, mais tant que c'était pas marqué sur le papier il ne voulait pas être trop joyeux avant, au cas où il y ait un problème. [...] La cadre a appelé directement la mairie en disant « j'ai un cas, j'ai un papa qui va venir reconnaître l'enfant mais pas la maman. Voilà la situation, donc il faut faire comme ça ». Donc là-bas l'agent a demandé à sa responsable qui était au courant que c'était possible ce type de procédure, donc là mon mari était enfin soulagé. Tant qu'on n'était pas sûrs que ça allait bien se passer... Mais on a quand même très bien vécu ça, franchement. (Sylvie)

L'aide tacite ou manifeste des praticiens français

En janvier 2013 paraît une circulaire à l'attention des gynécologues-obstétriciens, visant à interdire l'orientation de patientes vers des circuits de PMA à l'étranger et punissant d'une amende pouvant aller jusqu'à 75 000€ les praticiens qui recevraient une rémunération en échange. En réalité, le discours des médecins est variable quant à cette interdiction. Au cours des consultations que nous avons suivies, le conseil du recours à la PMA à l'étranger est banal, principalement concernant le don

d'ovocyte. On donne volontiers des noms de pays, voire de cliniques susceptibles de répondre à une demande impossible à satisfaire en France. Aussi n'avons-nous pas été surprise de constater que de nombreux praticiens (médecins généralistes, échographes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes) ont concouru au bon déroulement de la GPA, en toute connaissance de cause.

Depuis qu'on a démarré le projet, on a une gynéco qui m'a aidée dans mes cycles hormonaux, pour ma ponction tout ça, et aussi à fond dans le projet. Mon médecin traitant aussi était derrière nous. Ils ont été géniaux. On sait qu'on a beaucoup de chance d'avoir été suivis par eux. [...] Mon médecin traitant faisait partie d'une autre association d'allaitement, du coup elle était très calée sur le sujet. Pareil elle m'a aidée, elle a été présente. (Émilie)

Moi je faisais les prises de sang à l'hôpital dans mon service, je m'étais arrangée, et pour les échographies pour les ovaires puis pour ma sœur, c'est un contact qu'on nous avait donné de Bruxelles. C'est des personnes qui font ça vraiment par conviction, on voit que c'est pas du tout... C'est vraiment un docteur qui nous a soutenu, on arrivait à 7h du matin, la secrétaire nous faisait passer par derrière, toute une histoire. (Sylvie)

En revanche les limites de la complicité sont clairement établies, le degré d'implication étant dépendant de la crainte de contrôles de la part des autorités sanitaires. Ils peuvent être amenés à orienter vers des confrères plus enclins à prescrire certains actes ou produits pharmaceutiques pouvant éveiller le soupçon :

Il y a une loi en France qui empêche – encore une ! – qui empêche les médecins de faire des ordonnances un peu comme ça, pour des traitements pour des personnes qui n'en ont pas vraiment pas besoin. Donc moi je ne peux pas avoir un traitement de FIV parce que je n'ai pas d'utérus, ce serait illogique. Et ils sont vachement plus surveillés qu'à l'époque où Sylvie l'a fait. Le médecin que j'ai trouvé sur T. m'a dit qu'il y avait du stock au sein de l'hôpital et que par rapport aux ordonnances que la Belgique me ferait il me donnerait tout ce qu'ils avaient. Et le reste il faut que Jeanne fasse des ordonnances auprès de son médecin pour avoir le complément de médicaments.

La gynéco a dit qu'elle ferait tout ce qu'elle pourrait, mais par rapport à la première fois y'a des choses qui ont un petit peu changé. Elle n'avait pas l'air inquiète, elle nous a dit que ça marchait quand même, qu'il y aurait toujours des solutions. (Mélanie)

Après pour les injections ça coûte très cher, ma gynéco propre était un peu en stress, elle nous prescrivait juste les bilans parce qu'elle savait que ça pouvait être dans un cadre hors FIV. Elle m'a dit : « pour la stimulation, je veux pas me faire avoir, allez voir tel gynéco qui fait des stimulations. » (Sylvie)

Le cas particulier de Sylvie et Lucie oblige à une complicité poussée de certains praticiens de santé. Leur participation délibérée constitue un acte sciemment risqué pouvant entraîner une sanction ordinale et/ou pénale lourde – interdiction de pratiquer temporaire ou définitive par suspension ou radiation du tableau de l'ordre, amende voire peine de prison – en cas de découverte d'aide à une GPA.

Donc j'ai trouvé un obstétricien qui a bien voulu nous suivre, il a mis au courant l'assistante sociale pour voir comment on pourra faire. « On n'est au courant de rien évidemment, ce que vous allez faire là c'est illégal, nous on ne sait rien. » Il y avait le moins de monde au courant possible, juste la cadre et l'assistance sociale. La cadre avait appelé à la mairie pour savoir si c'était possible de faire reconnaître un enfant par le père mais pas la mère. Donc elle a téléphoné au juge, qui a tout de suite demandé si c'était une mère porteuse, mais on lui a dit que oui, c'était possible. Ça c'était au troisième mois. [...] En fait le médecin qui nous a accouché était au courant, il a appelé de suite, mais il ne nous a pas dit qu'il était au courant. Ça nous aurait soulagé parce qu'on était stressées, mais il ne nous a rien dit. C'était peut-être une manière pour lui de se protéger, de dire « je suis au courant de rien ». (Sylvie)

II. L'ACCOUCHEMENT

Le moment de la naissance représente l'instant où la gestatrice va se séparer du fœtus qu'elle portait en le mettant au monde, et constitue également le temps de la première rencontre charnelle entre le nouveau-né et ses parents d'intention. Sauf pour Nicole qui était accompagnée de sa mère pour la césarienne, gestatrice et mère d'intention étaient réunies pour accueillir l'enfant ; aucune des gestatrices n'était donc seule pour accoucher.

Le projet de naissance

Les mères d'intention ont été présentes lors du travail (3/4), et ont participé activement à la mise au monde. Seul un père d'intention était présent également à l'accouchement ; un autre était dans la clinique mais patientait en salle d'attente. Les explications que les mères d'intention donnent pour justifier ces absences sont souvent d'ordre organisationnel : le conjoint n'était pas encore présent sur le territoire canadien, ou bien l'équipe médical n'autorisait pas la présence de plus d'un accompagnant. Pour trois naissances sur quatre, la gestatrice est accompagnée d'une présence exclusivement

féminine (sa mère ou la mère d'intention) : l'accouchement reste donc prioritairement dans la sphère du féminin.

Le degré d'anticipation du déroulement de l'accouchement est variable selon les enquêtées et selon les domaines. On remarque que les deux cas de GPA intrafamiliale sont celles pour lesquelles le projet de naissance a été le moins formalisé, notamment à cause de l'absence de contrat entre la gestatrice et les parents d'intention, et également pour des raisons d'urgence obstétricale.

Il y avait une césarienne programmée pour la naissance des triplés, et mes cousins devaient être présents le jour de la naissance. Mais finalement j'ai eu des contractions à 34 SA¹, et je me suis mise en travail dans la nuit. Du coup j'ai dû appeler ma mère qui m'a emmenée en urgence à l'hôpital et mon mari a dû rester à la maison pour garder les enfants. Au final j'étais seule avec ma mère dans le bloc opératoire pour la naissance des garçons. Comme mes cousins n'habitent pas dans le même État que moi, ils n'ont pu arriver que le lendemain matin à la maternité, avec le premier avion. (Nicole)

Donc l'accouchement super, qui s'est bien passé. Moi c'était ma 4^e grossesse, 4^e accouchement donc ça a été super rapide. On savait pas trop, on s'était pas préparé vraiment, on savait pas trop comment ça allait se passer [...] Je vivais un peu au jour le jour, je savais qu'un jour ou l'autre le bébé allait naître mais de quelle façon, et comment se positionner, comment envisager avec ma sœur ou sans ma sœur, ces questions là je ne me les posais pas, j'étais tellement détachée de la grossesse que je me disais « le naturel fera bien les choses et on verra le moment venu. (Lucie)

A contrario, les GPA transfrontalières ont nécessité l'établissement d'un contrat avant les démarches, obligeant les parties à évoquer l'ensemble de leurs attentes et souhaits respectifs. Cette démarche préalable a incité à la discussion sur les conditions de la naissance, qui restent cependant soumises aux aléas de l'imprévisibilité de l'obstétrique.

C'est pareil elle nous a demandé l'autorisation d'envisager d'accoucher naturellement. Parce qu'elle n'a pas pu le faire pour sa fille, sa fille 5 jours avant l'accouchement s'est retournée et n'a jamais voulu se retourner, et elle a eu une césarienne. Et elle me dit « Oh ! J'aimerais tellement essayer une naissance naturelle ! » Je lui ai dit : « écoute, ça, ça t'appartient complètement, moi du moment que tu écoutes le médecin et que tu fais les choses en sécurité pour toi et pour le bébé [...] du moment que ta sécurité et celle du bébé sont respectées, tu fais ce que tu veux, ce n'est pas MON corps » (Christine)

¹ 34 SA : 34 semaines d'aménorrhée, soit environ 7 mois et demi de grossesse.

Ca s'est passé de façon un peu rock'n'roll, c'est à dire qu'elle avait rendez-vous chez le gynécologue, je l'ai accompagnée et en fait elle était à 4 cm ! Elle n'avait jamais connu ça parce qu'elle avait toujours été déclenchée post-terme. On s'est pointé comme ça les mains dans les poches, rien. Par chance j'avais ramené ma tablette avec moi sinon j'avais RIEN. On est arrivé à la maternité vers trois heures et demie, une fois que la poche des eaux a été percée il est né dans la demi-heure. Le médecin était même pas encore arrivé dans la pièce. « Faut que je pousse faut que je pousse, il est là il est là ! » (Émilie)

Certains points sont quasiment toujours évoqués dans les entretiens, et recouvrent différents domaines : le mode d'alimentation de l'enfant, le moyen de lutter contre la douleur, la qualité et le nombre d'accompagnants, la séquence des contacts visuels et physiques, le déroulement du séjour à la maternité.

Le mode d'alimentation de l'enfant, maternel ou artificiel

Cet aspect concerne exclusivement les souhaits des parents d'intention, à l'exception du cas du don de colostrum à la naissance, qui implique la gestatrice :

On s'était parlé avant, les mois avant on se demandait qu'est-ce qu'on voulait pour l'accouchement, qu'est-ce qu'on attendait, donc moi entre temps j'ai eu le souhait d'allaiter notre fille, donc je me suis préparée 4 mois avant la date du terme. [...] Elle [nda : la gestatrice] nous avait proposé qu'elle donnerait son colostrum pour qu'elle en ait tout de suite à la naissance. (Anaïs)

Je m'étais dit que j'allais allaiter pour faire le lien jusqu'à la première écho, mon mari était ok il m'avait dit je te suis sur ce que tu veux, et en fait j'ai pas eu envie de me mettre en situation d'échec, je m'étais pas mal renseignée, donc non j'avais pas envie de mettre la pression là dessus, et je regrette pas. Ca aurait pu me plaire mais y'avait tellement de trucs à faire en amont... J'avais envie qu'il ait une maman posée, sereine. (Émilie)

Le moyen de lutter contre les sensations de l'accouchement

Toujours envisagée en amont, la péridurale est systématiquement utilisée par les gestatrices en cas d'accouchement par les voies naturelles. C'est l'une des constantes retrouvées dans tous les entretiens.

- *L'accouchement s'est déroulé sous péridurale ?*
- Oui elle a eu le temps de l'avoir.
- *C'était son souhait à elle ?*
- Ah oui ça elle me l'avait dit des mois auparavant qu'elle la voulait. Après on a été en équipe aussi pour ça, si elle souhaitait la péridurale, des choses, et ben je lui accordais car

elle portait notre enfant pendant 9 mois donc elle avait le droit d'avoir des souhaits aussi. Et puis elle a été tout en respect avec les nôtres aussi donc c'était super. (Anaïs)

En fait quand je suis arrivée on m'a posé la péridurale de suite, j'ai pas dû attendre, rien du tout. [...] pour ma dernière je voulais justement accoucher à domicile, je voulais un accouchement très naturel, du coup ça n'avait pas pu se faire à cause d'un problème de placenta, j'ai accouché en milieu hospitalier mais je ne voulais pas de péridurale, j'avais un suivi par une sage-femme pour mieux nous apprendre à gérer la douleur, tout ça, et donc je voulais surtout pas un accouchement comme ça. Je voulais une péridurale assez efficace, que je ne puisse ressentir, être trop... Que ce soit trop intense, j'avais envie finalement d'être juste un corps (*rires*). (Lucie)

La qualité et le nombre d'accompagnants

Il varie beaucoup selon les cas et n'est pas systématiquement le fruit d'un choix en amont. Souvent, il dépend partiellement des circonstances du moment. Chez les enquêtées de une à quatre personnes ont accompagné la parturiente lors de la naissance et du séjour en suites de couches.

J'étais auprès de Sylvie, elle était près de moi, on a vécu ça vraiment tous les trois avec Léon qui est né. (Lucie)

On avait décidé de partir en décalé pour pouvoir minimiser les risques. Je suis partie le 13 juillet, le papa arrivait le 20, il est né le 17 juillet avec deux bonnes semaines d'avance. [...] De façon un peu égoïste j'étais presque contente que le papa ne soit pas là comme ça je l'ai eu deux jours pour moi toute seule ! (*rires*) (Émilie)

Notre nounou avait le souhait qu'on soit tous les deux présents dans la salle de naissance si tout se passait bien, elle voulait aussi avoir son mari à côté d'elle. Elle était très proche avec l'intermédiaire et elle la voulait aussi avec elle, elles sont très amies et très proches, du coup on était tous dans la salle de naissance, on a passé beaucoup de temps ensemble. (Anaïs)

La séquence des contacts visuels et physiques

Parfois très anticipé, parfois tout à fait improvisé, l'enchaînement de qui voit et touche en premier le nouveau-né, puis en second, etc., semble revêtir une importance particulière pour les enquêtées. Ce point sera développé dans la section suivante sur les rituels de naissance.

On a été complètement intégrés à la naissance. [...] On avait fait un projet de naissance, pour dire qui fait quoi. Pour elle c'était vachement clair qu'il fallait que ce soit

nous qui le prenions en premier, on a fait du peau à peau pendant une heure avec lui.
(Émilie)

Le séjour à la maternité

Toutes les enquêtées ont partagé la même chambre durant l'hospitalisation. Autrement dit le nouveau-né, la gestatrice, ses éventuels accompagnants personnels et les parents d'intention n'ont jamais été spatialement séparés, contrairement à l'usage en Israël par exemple (Teman, 2010, p. 187).

On a passé un jour à la maternité, y'avait un fauteuil qui se déplie, je suis restée dormir... Elle a dormi toute la nuit, je mettais mon réveil toutes les 4h pour le nourrir parce qu'il ne se réveillait pas. (Émilie)

En suites de couches c'est moi qui ai tout fait, qui lui donnais les biberons. Comme à chaque fois qu'elle se levait elle avait la tête qui tournait, elle demandait « est-ce que ma sœur peut le faire à ma place ? », du coup pas de problème ! [...] Donc je suis restée 3 jours avec elle à la maternité [...] En fait l'équipe a probablement cru qu'on était un couple de femmes, du coup c'est à moi qu'ils proposaient de faire le peau à peau pour le réchauffer en suites de couches. (Sylvie)

Les rituels de naissance

L'utilisation des « rites de naissance » est individuelle et spécifique à chaque histoire ; préétablis ou improvisés sur l'instant, ils sont toujours convoqués et impliquent tous les acteurs présents : l'enfant, la gestatrice, les parents d'intention, le conjoint de la gestatrice. Les premiers rituels concernent le rapport au corps du nouveau-né et sont répartis entre les différents témoins de la naissance : qui le voit ou le touche en premier puis en second, qui lui parle, qui coupe le cordon, qui le nourrit.

[...] j'avais envie finalement d'être juste un corps (*rives*) encore une fois, et que ma sœur prenne le relais assez vite, qu'elle prenne SON bébé, qu'elle s'en occupe, qu'elle soit là pour lui, qu'elle soit presque la première personne finalement à l'accueillir. Sauf qu'en effet, ben ça s'est pas vraiment passé comme ça. C'est ce que je m'étais dit mais c'est vrai que lorsque l'ambulance m'a emmenée, j'étais auprès de Sylvie, elle était près de moi, on a vécu ça vraiment tous les trois avec Léon qui est né, et j'avais forcément un rôle à jouer et je m'en suis rendu compte qu'au moment où petit Léon est né parce que je pouvais pas m'en apercevoir avant. Et c'est lorsqu'il est né que évidemment, naturellement, il devait être contre moi, il pouvait pas être de suite avec Sylvie, et comme y'avait besoin de le réchauffer, je l'ai gardé longtemps. Je pense que lui en avait besoin,

que moi aussi, j'en avais besoin aussi. Et puis ma sœur était là aussi, c'était un moment... Enfin bref. (Lucie)

On avait fait un projet de naissance, pour dire qui fait quoi. Pour elle c'était vachement clair qu'il fallait que ce soit nous qui le prenions en premier, on a fait du peau à peau pendant une heure avec lui. [...] c'est moi qui étais là, c'est moi qu'il a vu en premier, on lui a toujours tout expliqué, quand on faisait du peau à peau je lui ai dit, je lui ai raconté son histoire. (Émilie)

Ma sœur m'avait dit qu'elle ne voulait pas le prendre sur elle, mais le réflexe a fait qu'elle l'a pris sur elle. Comme quoi on prépare tout un tas de choses et puis c'est la nature qui reprend toujours le dessus. La première chose qu'elle m'a dit quand il est sorti c'est « il est magnifique ». Elle l'a pris sur elle, elle me l'a dit tout doucement « regarde ton bébé comme il est beau », et en fait on s'est aperçu que c'était important qu'elle le prenne sur elle, le temps qu'il se réchauffe etc. donc je pense qu'ils se sont rendus compte que c'était un accouchement particulier. Dès qu'il a crié ils ont fait entrer mon mari, ils ont dit « venez, venez ». Donc il n'a pas vécu l'accouchement en lui même mais les premiers instants oui. C'était une vraie transmission. Elle m'a vraiment dit qu'elle me donnait l'enfant. Elle m'a dit « c'est ton bébé ». Le fait qu'elle le prenne sur elle c'était bien, elle me le donnait, c'était très fort. (Sylvie)

Nous on essayait de rester en retrait, de respecter son intimité mais au contraire elle nous disait « Non look, look ! Regardez votre bébé arriver ! », elle insistait pour qu'on la voie arriver et qu'on l'ait tout de suite et tout ça. [...] Notre nounou a proposé au papa de couper le cordon, il l'a fait, ensuite elle voulait que son mari offre notre bébé à notre conjoint, d'homme à homme, qu'ils s'offrent le bébé, et ensuite je l'ai eu en peau à peau, voilà. Je l'ai eu en peau à peau, je l'ai au sein, voilà. [...] Et elle nous a donné son colostrum, du coup elle a été à mon sein, et pour son bien eh ben elle nous avait proposé qu'elle donnerait son colostrum donc pour qu'elle en ait tout de suite à la naissance quoi ben j'ai... enfin... (*baffouillements*) notre nounou l'a eu au sein aussi. Donc ça été vraiment un truc super. (Anaïs)

« Animal social, l'homme est un animal rituel. » (Mary Douglas, 2001, p. 81). Le moment de la venue au monde recoupe ces trois aspects : « animal », par le processus même de l'accouchement avec la mise en jeu de réflexes archaïques inconscients et incontrôlés, par l'imprévisibilité du moment de la mise en travail, par l'élévation du « seuil de sensibilité » (Carricaburu, 2005, p. 257). « Social », par la présence d'une communauté autour de la parturiente, à la fois affective (sa mère, les parents d'intention, son conjoint, une amie) et technique (l'équipe médicale, au sein de l'hôpital), pour accueillir un nouveau membre au sein de la société humaine. Et « rituel » par la mise en place de *gestes symboliques*, destinés à faire sens autour de cette naissance, à identifier les rôles et à les faire reconnaître mutuellement, à passer

symboliquement les responsabilités des uns vers les autres : « les rites sociaux créent une réalité qui, sans eux, ne serait rien. » (Mary Douglas, 2001, p. 81)

Le retour à la maison

La durée du séjour à la maternité est très courte en Amérique du Nord, entre 24 et 48h en moyenne, contre trois jours en France, le suivi des jeunes accouchées se faisant majoritairement à domicile par des professionnels de santé (puéricultrices, sages-femmes) ou des doulas¹. Nous l'avons vu plus haut, la gestatrice et au moins l'un des parents d'intention ont occupé la même chambre durant le post-partum immédiat. Ce temps passé en commun à la maternité constitue le temps de transition entre la fin de la grossesse pour la gestatrice et le début de la parentalité pour les parents d'intention. Une fois ce séjour à la maternité terminé, les gestatrices ont exprimé le souhait de rentrer rapidement chez elles et n'ont pas particulièrement désiré s'investir dans les premiers jours de vie de l'enfant. Elles n'entourent pas spécialement les parents d'intention dans leur appropriation du statut de parent, ni ne prodiguent de conseils sur les soins à donner au nouveau-né. Ainsi, elles laissent aux jeunes parents toute la latitude pour pouvoir s'approprier leur nouvelle condition et n'interfèrent pas dans les rôles parentaux.

Dans ses souhaits après la naissance elle voulait venir voir notre bébé avec tous ses enfants, du coup ils sont venus le surlendemain de la naissance nous voir avec ses enfants, elle voulait que ses enfants voient le bébé, passent du temps avec nous. On a passé une après-midi ensemble, et après elle est bien restée chez elle, elle s'est reposée, et puis elle a repris son cours de vie à elle quoi. Non elle s'est pas... en fait ses mots c'était qu'elle elle avait fait le plus facile, c'est-à-dire la porter, la mettre au chaud, prendre soin d'elle, et que maintenant elle nous laissait le plus difficile à faire (*rires*) : l'éduquer, changer les couches et les nuits blanches. Voilà. C'étaient ses mots. (Anaïs)

On a pris une doula qu'on a trouvée par notre intermédiaire, qui m'a un peu aidée au début, pour que je puisse me doucher, me reposer. On avait besoin de ce relais sur place, on était loin de nos familles, on n'avait jamais eu d'enfant avant, on en avait dans notre entourage mais ça n'a rien à voir. On a créé notre bulle tous les trois, qu'on n'avait pas pu avoir pendant la grossesse, on était vraiment un trio. (Émilie)

¹ Les doulas sont des « accompagnantes » de femmes enceintes et jeunes accouchées qui n'ont pas suivi d'études médicales ou para-médicales. Elles se basent sur leur expérience passée ainsi que sur leur propre expérience en tant que mère afin de conseiller et prêter assistance aux accouchées. Le recours à ce type d'accompagnement est très fréquent en Amérique du Nord – d'autant plus que le métier de sage-femme à proprement parler n'existe pas aux États-Unis. Même si la pratique existe, elle est beaucoup plus anecdotique en France.

Après j'ai pas eu forcément besoin, les semaines qui ont suivi de pouponner ou même de voir Léon tous les jours, au contraire. J'avais envie que ma sœur prenne sa place et je sais que j'étais pas demandeuse spécialement les jours les semaines qui ont suivi, enfin même plutôt... j'étais pas distante mais j'avais envie que vraiment ils se retrouvent tous les deux et de leur laisser ces premiers mois ensemble. (Lucie)

L'accouchement marque la fin d'une étape sans pour autant qu'il y ait rupture entre les parents d'intention et la gestatrice. Le temps passé en communauté à la maternité représente la transition entre deux états ; lorsque la GPA s'est déroulée dans un pays étranger, les parents d'intention prévoient un temps minimum sur le territoire afin d'établir les papiers nécessaires au retour dans leur pays d'origine. Cette période de séjour obligatoire permet également d'anticiper la séparation géographique entre la gestatrice et les parents d'intention qui se surajoute aux précédentes ruptures, mais le lien créé pendant la GPA n'est pas rompu pour autant. L'évocation de visites réciproques futures ainsi que la persistance de prise régulière de nouvelles entretiennent le lien affectif.

Donc on s'est dit au revoir, ça a été très émouvant et de toute façon on s'est dit qu'on était liés à vie, elle est très importante pour nous et elle fait partie de la vie de notre fille. (Anaïs)

On se contacte principalement par mail [...] Si elle nous écrivait tous les deux jours je lui répondrais ! (*rires*) Mais si elle est prise dans sa vie, si elle a pas le temps, c'est pas grave. Moi je lui envoie toujours des photos... [...] on se donne des rendez-vous Skype de temps en temps, avec le décalage horaire c'est compliqué [...] On veut emmener [notre fils] là-bas et on aimerait qu'elle vienne et son mari aussi, mais elle a la phobie de l'avion. C'est vraiment important de garder ce lien mais de ne pas lui imposer [*nda : à leur enfant*] non plus. (Émilie)

III. MASCULIN/FÉMININ : LA PENSÉE DE LA RESSEMBLANCE ?

Cette allusion à Françoise Héritier nous permet de mettre l'accent sur une spécificité de la GPA : il existe une symétrie entre les rôles des parents d'intention. Autrement dit, chacun fournit ses gamètes à « parts égales », et aucun ne porte l'enfant (Delaisi de Parseval, Collard, 2007, p. 50). Cette absence d'asymétrie entre un corps « enceinte » et un corps « non-enceinte » au sein du couple induirait selon certains auteurs une nouvelle forme d'égalité entre les sexes : « La séparation entre maternité,

fécondation et gestation façonne peu à peu une égalisation des conditions entre hommes et femmes. » (Canto-Sperber, Frydman, 2009, p. 156)

Les pères au travers du discours des femmes

L'appel que nous avons diffusé sur le forum de l'association MAIA s'adressait aux *couples* ayant eu recours à une gestation pour autrui, mais ce sont des *femmes* qui ont répondu. Comme nous l'a confirmé Émilie, usagère et membre de l'association MAIA, ce sont principalement des femmes qui s'expriment sur le forum de leur site ; les hommes sont plus présents aux réunions d'information et aux groupes de parole. Nous avons pu constater cette présence masculine lors du colloque de l'association C.L.A.R.A., où l'assistance était à peu près paritaire. En conséquence, il nous a semblé plus difficile d'accéder à la « paternité GPA » qu'à la « maternité GPA » dans le cadre de couples hétérosexuels, alors qu'une étude sociologique datant de 2012 a réussi à recruter 31 pères en couple avec un homme ayant eu recours à une GPA (Gross, Courduriès, de Federico, 2014). Nous nous sommes donc intéressés à la manière dont les femmes parlaient de leur conjoint et de leur implication dans la GPA.

Les mères d'intention semblent avoir une relation privilégiée avec la gestatrice : ce sont exclusivement elles qui sont en contact régulier avec la gestatrice. Elles sont souvent en position d'intermédiaire entre leur mari et la gestatrice : c'est *au travers* de leur femme que les conjoints vivent la grossesse. Le duo mère d'intention/gestatrice forme une paire féminine complice, vivant les événements différemment du père d'intention.

Pareil nous entre femmes on voulait le savoir et le papa pas du tout [...] notre nounou insistait, nous demandait « vous êtes sûrs que vous ne voulez pas savoir » ? Et du coup au bout d'un moment j'ai lâché « si, dis-le nous » et du coup c'était une fille et j'ai demandé au papa s'il voulait savoir et qui m'a dit « maintenant que tu le sais oui je veux savoir ». (Anaïs)

Lui il prend toujours beaucoup plus de recul que moi par rapport à la situation. Ça c'est général. Là-dessus aussi. Après je me suis faite (*sic*) pas mal engueulée parce que j'ai annoncé la grossesse juste après les résultats de la prise de sang à une amie et à ma mère, et je me suis fait pourrir, on a passé une mauvaise soirée, il m'a dit « T'as tout gâché, t'as tout de suite dit à ta mère, on n'a même pas eu le temps d'en parler en se voyant ! » Il était vachement craintif jusqu'à l'écho, moi j'étais beaucoup plus optimiste, moi j'étais à fond. C'est beaucoup plus moi qui étais en contact quotidien, pas lui, donc

lui le vivait autrement. Mais il n'a pas forcément eu la même approche, je ne sais pas si c'est une différence homme/femme, plutôt une différence de caractère. [...] La grossesse il l'a vécue plus à distance que moi. Moi j'avais plus besoin de suivre tout [...] (Émilie)

- *Qui était le plus souvent en contact avec votre nounou ? Plutôt vous, ou votre conjoint et vous indifféremment ?*

- Ça dépendait ; quand c'était des examens bien prévus il était avec moi, des fois moi j'avais besoin donc moi je lui envoyais juste un petit mail de coucou est-ce que ça va – ça dépendait. C'était plus moi parce que c'est plus moi qui me connecte. Mais lui était content de rentrer le soir et de me demander « Ça va ? pas de nouvelles ? », tout ça. Enfin, « pas de nouvelles... « Pas de mauvaises nouvelles ? » plutôt. (Anaïs)

Ce sont les mères d'intention qui se déplacent spécifiquement pour les échographies, seules :

Au mois de juillet pour l'échographie morpho j'y serai, donc mon mari sera connecté pour que je lui transmette des news très vite [...] ça sera une écho traditionnelle donc on peut pas la faire en transmission par skype ou autre chose, et il me dit « c'est pas grave, c'est pas grave, du moment que tu me dis qu'il y a tout ce qu'il faut et qu'il y a au minimum 5 doigt à chaque main et 5 doigts de pied à chaque pied, tout va bien, ça me suffit », je lui dis ouais mais j'aimerais bien qu'on vive ce moment là quand même parce que même si on aura des films malgré tout à regarder ensemble c'est pas pareil que d'être tous au même moment en train de regarder. (Christine)

Moi j'y suis allée pour la 2^e écho, j'ai fait l'aller-retour sur 4 jours, je me suis économisé des congés, je suis partie le jeudi, je suis repartie le dimanche, je suis revenue le lundi matin je suis allée directement au boulot ! J'étais crevée mais j'étais chargée à bloc parce que je l'avais vu bouger, c'était assez irréel. Mes amis me disaient mais t'inquiète pas, tu vas le voir ça te fera bizarre. Pourtant j'étais là, je le vois mais je me suis dit « j'arrive pas à me rendre compte que c'est notre bébé là » ! (Émilie)

Comme le relève Cailleau, « la force centripète réduit progressivement le cercle relationnel aux échanges entre les deux femmes avec comme conséquence de déplacer progressivement les pères d'intention en position périphérique » (2013, p. 27). Cette « mise en périphérie » du père d'intention est retrouvée à plusieurs reprises dans les récits des enquêtées. Elles sont souvent en première ligne pour les choix concernant la GPA, et sont « suivies » par leurs conjoints.

Alors mon conjoint il a un caractère un peu particulier c'est-à-dire que lui il me fait entièrement confiance sur tous ces choix là, il me dit ben toi de toute manière ton seul moyen de t'approprier tout ça c'est que tu décides, tu prends la main et que voilà. Ce

sont toujours nos choix, je ne fais jamais un choix sans lui en parler, mais il n'y a pas une fois où j'aie pris une option où il m'ait dit « non je ne suis pas d'accord ». Voilà, *il est toujours derrière moi*. Mais c'est vrai que sur le choix de la donneuse ou le choix de notre nounou, lui il n'avait pas discuté avec elles. Il s'est juste basé sur moi comment il me voyait raconter les choses, comment il me voyait vivre les choses, et donc il m'a toujours fait confiance. (Christine, nous soulignons)

Je m'étais dit que j'allais allaiter pour faire le lien, mon mari était ok il m'avait dit '*je te suis sur ce que tu veux*'. (Émilie, nous soulignons)

Le moindre taux d'interaction entre le père d'intention et la gestatrice n'est pas obligatoirement le témoin d'un investissement moindre dans le projet ; cependant la forme qu'il prend n'est pas analysable au travers de nos matériaux recueillis, faute de recrutement masculin au sein de notre étude. Nous émettons cependant une hypothèse : sur le plan symbolique, le « passage obligé » par la mère d'intention pour la communication couple/gestatrice constituerait un mécanisme subtil dont l'une des fonctions serait de dissiper le fantasme d'adultère souvent rencontré dans la GPA (Collard et Zonabend, 2013, p.45).

La mère d'intention, miroir du masculin ?

« La suppression de la grossesse et de l'accouchement, bouleversant la réalité physique de la maternité, risque d'entraîner sinon la disparition de tout sentiment maternel, du moins des modifications profondes dans la façon qu'aura une femme de concevoir et de vivre une maternité éventuelle. En fait, *la maternité dans les conditions d'une ectogénèse deviendrait très proche de la paternité*. Une filiation biologique resterait possible, mais elle serait réduite, comme dans la paternité, à la réalité microscopique, cellulaire et génétique, de l'ovule ou du spermatozoïde. [...] Il n'en reste pas moins que la maternité, en l'absence de grossesse et d'accouchement, qu'elle soit biologique (cellulaire-génétique), ou non (si la cellule initiale provient d'une autre femme), ne sera plus immédiatement donnée. Comme la paternité, elle devra être construite. *La différence des sexes dans la procréation et la filiation aura disparu en tant que donné de la nature immédiatement perçue*. Cela nous amène aux conséquences sociales et anthropologiques plus larges : bouleversement ou disparition progressive de la différence des sexe. » (Atlan, 2005, pp. 122-124)

Si l'ectogénèse peut amener à la « disparition progressive de la différence des sexes » ou à un *degendering*¹ de la reproduction (Jackson, 2008), la GPA ne permet pas d'aborder la relation masculin/féminin sous cet angle.

Sur le plan biologique, l'absence de grossesse pour la mère d'intention place les membres du couple parental sur un pied d'égalité: la gestation se déroule *en dehors* du corps de l'un et l'autre. Mais si la grossesse ne se déroule pas dans le corps de la mère d'intention, elle a lieu néanmoins *dans le corps d'une femme*, celui de la gestatrice. Cet *en dehors* pour les parents d'intention reste un *en dedans* pour une femme, donc ne remet pas fondamentalement en cause l'asymétrie gestationnelle irréductible entre homme et femme, et partant, la différence des sexes. En revanche, la GPA interroge les rapports femme/homme au sein du couple des parents d'intention, par la symétrie corporelle inédite de la grossesse *en dehors*. Le « bouleversement ou [la] disparition progressive de la différence des sexes », s'ils ont lieu, sont circonscrits aux parents d'intention. Nous avons cependant tendance à penser, au vu des résultats de notre enquête corrélés à ceux de la littérature, que la dimension sexuée au sein du couple parental ne disparaît pas en cas de GPA, en témoigne par exemple la différence d'intensité entre les rapports père d'intention/gestatrice et mère d'intention gestatrice.

« Soulignons enfin que son expérience corporelle est parfaitement symétrique de celle de son compagnon, le père d'intention : le fait que les deux parents fournissent tous les deux leurs gamètes – et rien que leurs gamètes ! – leur permet de partager de la même façon la grossesse avec la gestatrice de leur enfant. Il existe ainsi quelque chose de l'ordre du « trans-genre », les parents attendant tous les deux l'enfant, la mère comme le père, comme le fait un père dans les cas habituels » (Delaisi de Parseval, Collard, 2007, p. 50).

Si l'on raisonne de manière objective, cette phrase est vraie. Aucun des deux parents d'intention ne porte l'enfant. En revanche il ressort néanmoins de notre étude que l'investissement des femmes semble différer de celui des hommes, et que le vécu de la grossesse et de l'accouchement est lié à ces différences. À la lumière de notre

¹ Néologisme intraduisible littéralement. Une traduction possible serait la *désexuation* (et non pas *déssexualisation*) de la reproduction, dans le sens où le caractère sexué de la reproduction serait aboli.

enquête, nous ne pouvons confirmer que les parents d'intention « partagent de la même façon la grossesse avec la gestatrice ». L'absence de relations privilégiées entre la gestatrice et le père d'intention fait pendant à la proximité affective, et même physique, de la mère d'intention. La dimension d'une « expérience corporelle » est très forte chez certaines mères d'intention, elles disent réellement avoir vécu *physiquement* l'accouchement. De plus, le choix pour certaines mères d'intention d'allaiter l'enfant rétablit une certaine forme d'asymétrie corporelle entre homme et femme dans le domaine de l'engendrement.

Pour elle c'était ma grossesse, quand j'en parle à des gens qui ne me connaissent pas, je parle de mon accouchement comme si j'avais accouché, parce que j'ai assisté, et quand je le raconte, j'ai l'impression que c'est moi qui ai accouché. On était tellement en symbiose à ce moment là, j'ai l'impression de l'avoir porté finalement. (Sylvie)

Au final, la répartition des tâches au sein du couple semble suivre un mode relativement traditionnel, où la femme est la principale concernée par la grossesse, l'accouchement, puis les soins du nouveau-né.

J'étais fatiguée parce que c'était quand même souvent moi qui me relevais pour les biberons la nuit, on était tout à fait dans la norme ! (Émilie)

Il serait donc particulièrement intéressant de pouvoir corréler le discours des deux membres du couple parental concernant leur expérience de la gestation pour autrui, afin de mieux apercevoir les remaniements des rapports femme/homme dans le domaine de la procréation « exogène ».

IV. APRÈS LA GPA

Une grossesse « unique » en son genre ?

L'éventualité d'une seconde gestation pour autrui est une question plus ou moins résolue pour les mères que nous avons interrogées. Aucune d'entre elles ne s'autorise vraiment à y réfléchir sérieusement, que ce soit pour des raisons financières ou des questions humaines : la peur de trop en demander, la peur d'une maternité trop âgée, la

peur que les choses se déroulent sous de moins bons auspices, tant la première expérience aura été « chanceuse », « idéale », « idyllique », « royale ».

Ben dans nos têtes on aimerait avoir un deuxième ça c'est sûr, après est-ce que les moyens nous le permettront ? Fin voilà c'est un budget énorme quand même. On a fait des sacrifices, on met de côté, on ne va pas au restaurant, y'a plein de choses dont on se passe pour ça. (Émilie)

Même si au départ avant tous mes problèmes de santé on voulait en avoir trois, un c'est très bien. [...] Ce sera un fils unique, c'est pas grave il y en a d'autres ! (*rires*) Des fois ça me travaille, mais tout s'est bien passé là, ça peut pas aussi bien se passer ! (*rires*) De toute façon on a 4 embryons qui restent, on a le temps de voir venir. A part peut-être si on me proposait un poste aux États-Unis, peut-être que... On n'a pas forcément non plus envie de rompre cet équilibre, on a trouvé une façon de fonctionner, on n'a pas envie que lui il en pâtisse, ça [*nda : la GPA*] a été vachement compliqué à gérer alors qu'on était que deux. (Anaïs)

- Avez-vous envisagé une grossesse ultérieure avec les embryons restants ?

- Non. Je vais avoir mon premier bout de chou à 49 ans, j'ai pas gagné au loto, donc voilà. C'est pas possible. Si le ciel nous tombait sur la tête et que je puisse m'arrêter de travailler, je me serais dit pourquoi pas. Mais là faut être raisonnable. (Christine)

Ainsi le caractère *unique* de ces grossesses est double : *unique* parce que c'est « plus que d'être parents », c'est une « aventure humaine », mais aussi *unique* dans le sens où les chances de réitérer l' « aventure » sont faibles.

Le devenir des embryons congelés

Sur les quatre enquêtées pour lesquelles la grossesse est en cours ou a abouti, toutes ont conservé les embryons surnuméraires issus de leurs premières FIV. Aucune n'a encore décidé de se départir des embryons congelés restants, toutes ont choisi de se laisser un temps de réflexion afin de convenir ultérieurement du meilleur destin pour eux.

On a réfléchi, on n'est pas prêts à les donner. C'est pas comme donner des gamètes, c'est différent. Ils sont porteurs d'un projet. Moi je ne me vois pas les détruire directement, je préférerais qu'ils servent à la recherche. Mais on n'est pas forcément d'accord avec mon conjoint. Je ne suis pas à l'aise avec le don d'embryon, alors que je n'ai aucun problème avec le double don. [...] Je passerais mon temps à y penser je crois. Peut-être si l'une de mes sœurs en avait besoin... Mais quelqu'un qu'on ne connaît pas, je le vis différemment. (Anaïs)

- *Et il reste des embryons au Canada ?*

- Il nous en reste 2. Pour l'instant on a donné nos souhaits mais ils seront à confirmer, et on confirmera mais après la naissance. Déjà la destruction pure et simple c'est niet. Ça c'est pas possible. C'est pas possible pour nous. De se dire juste 'on détruit'. Ça va pas. Donc après y'a les deux possibilités : pour les recherches ou sinon y'avait le don d'embryon, et pour l'instant on se dirige vers le don d'embryon. Sachant qu'on aura notre mot à dire sur les... pour dire oui ou non aux gens qui seront candidats. (Christine)

- *Il vous reste des embryons au Canada ?*

- Il nous en reste 3. On en a eu 8 congelés, il en reste trois.

En début d'année on a décidé de les garder encore une année pour se permettre pendant cette année là de voir plus loin, parce que cette année on est avec notre fille, on est super heureux, on peut pas se projeter aussi loin. On n'a pas pu décider de les jeter, de les donner donc on les garde une année et on verra l'année prochaine. (Émilie)

Au-delà du deuil d'un deuxième enfant, c'est toute la question du « projet parental » dont ces embryons sont porteurs qui gouverne leur devenir : renoncer pour les parents à conserver leurs embryons, c'est renoncer à une part du projet dans lequel ils se sont investis pendant plusieurs années.

REPENSER LA MATERNITÉ

L'enquête de terrain et l'analyse des témoignages recueillis permet de clore ce mémoire par deux propositions qui, nous l'espérons, permettront de mieux approcher la réalité du parcours de ceux qui ont fait le choix de la GPA. Au-delà de la compréhension des mécanismes relationnels en jeu dans la GPA, c'est aussi sur la maternité *en général* que cela doit nous éclairer.

La première proposition vient prolonger la réflexion amorcée par Irène Théry sur la distinction entre *procréation* et *engendrement* (2010 ; 2012) ; la seconde s'appuie sur la philosophie de Vincent Descombes permettant de comprendre « la relation de parties à tout » (2001, p. 315) appliquée au cas de la maternité avec gestation pour autrui.

I. PROCRÉATION ET ENGENDREMENT

Dans *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don* (2010), Irène Théry rappelle la distinction à effectuer entre « procréation » et « engendrement ». La procréation n'est que *l'une des nombreuses* dimensions de l'engendrement : « en effet, l'engendrement humain n'a pas seulement une dimension physique ou physiologique (celle de la procréation), il a aussi une dimension psychique, mentale, affective, intentionnelle et surtout institutionnelle, qui va lui accorder sens et valeur au sein de notre monde humain » (Théry, 2010, p.130).

La maternité « divisée » ?

La « division » de la maternité s'est opérée en deux temps (Mehl, 2011, p. 97) : dans les années 1980, les premières maternités de substitutions « officielles » offraient la possibilité de rompre le lien entre la femme qui accouche d'un enfant et celle qui en était la mère. Pour Frydman et Canto-Sperber, « la maternité de substitution brise le lien qui existe entre maternité et grossesse » (2009, p. 213) : elle « dissocie également la maternité de la grossesse » (*ibid.*, p. 155). Dans un second temps, la banalisation de la

FIV a permis à la « GPA de deuxième génération » (Mehl, 2011, p. 97) ou « FIV-GPA » de se développer, que l'ovocyte mis en jeu soit celui de la mère ou celui d'un tiers. C'est par l'individualisation des étapes (d'abord la formation du zygote, puis la grossesse, puis la filiation) que l'on prend conscience de toutes les dimensions recoupées par le terme unique de « maternité ». Pulman résume ainsi : « la mère d'intention, la mère gestatrice, la mère génétique et la mère socialement reconnue ne coïncident pas nécessairement » (2010, p. 220).

Certains relèvent le caractère historique de la distinction qu'a induite la *gestational surrogacy* : pour Mehl, c'est un « dédoublement de la capacité d'enfantement sur son versant féminin » qui entérine « la partition des fonctions maternelles » : ainsi, « la maternité est découpée en trois composantes » selon une « diffraction de la maternité [...] inédite. » (2011, p. 102). Pour Delaisi de Parseval et Collard, c'est « une fragmentation de la fonction reproductive, entre deux – et, possiblement, entre trois – femmes qui, toutes, peuvent à un titre ou un autre revendiquer le statut de mère » (2007, p. 40). Pour Cailleau, c'est « le partage du processus de conception et de mise au monde » ou encore « la déliaison du processus de conception et de mise au monde » (2013, p. 28). Pour Collard et Zonabend, c'est « la maternité biologique » qui « est désormais divisible » et « peut se séparer entre le génétique et le gestationnel » (2013, p. 28).

Cette notion se retrouve dénommée de multiples façons : « division » (Sarhou-Lajus, 2010, p. 581), « diffraction » (Mehl, 2011, p. 102), « séparation » (Delaisi de Parseval, 2012, p. 725), « clivage » (Delaisi de Parseval, Collard, 2007, p. 49 ; Pulman, 2010, p. 200), « déliaison » (Cailleau, 2013, p. 28).

Dans tous les cas, il s'agit toujours de qualifier la distinction des étapes d'une « unique action complexe à plusieurs partenaires » (Théry 2010, p. 128 ; 2012, p.157) : la gestation pour autrui fait apparaître la maternité sous ses différentes composantes, qui peuvent chacune s'incarner dans une femme différente : maternité génétique, maternité gestationnelle, maternité légale (Mehl, 2011, p. 97).

Intégrer une nouvelle dimension : l'enfantement

Au lieu du « dédoublement de la capacité d'enfantement » (Mehl, 2011, p. 96) ou de la « subdivision de la maternité biologique » (Delaisi de Parseval, Collard, 2007,

p. 49), nous préférons voir plutôt une *distinction entre les deux versants de la procréation maternelle* : la *procréation génétique* d'une part, assurée par la donneuse d'ovocyte (que ce soit un tiers ou que ce soit la future mère) la *procréation gestationnelle* d'autre part, réalisée par la gestatrice, que nous qualifierons d'*enfantement*.

Une fois le *distinguo* opéré entre *procréation génétique* et *enfantement*, nous pouvons raffiner le concept de procréation et décrire plus précisément l'emprise de l'individu sur les différentes dimensions de l'engendrement.

De la même manière que « l'homme stérile participe de toutes les dimensions de l'engendrement sauf une : la dimension strictement procréative » (*ibid.*), la femme dont la stérilité est strictement utérine (i.e. avec une fonction ovarienne préservée) *participe de toutes les dimensions de l'engendrement, sauf la dimension de l'enfantement* ; la femme atteinte de « double infertilité » (Mehl, 2011, p. 97) *participe de toutes les dimensions de l'engendrement hormis la procréation*.

Forts de cette analyse, la disqualification des mères ayant eu recours à la GPA pour accéder à la parentalité n'est plus permise, sinon quoi toutes les filiations paternelles établies après PMA avec don de sperme seraient remises en question.

Nous pouvons donc résumer comme suit les rôles et places de chacune, évitant toute confusion sur le statut de mère légale :

- celle qui donne son ovocyte (future mère ou tiers donneur) *procrée génétiquement* ;
- celle qui porte l'enfant, la gestatrice, *enfante* ;
- celle qui est la seule mère au regard de la filiation, *engendre en devenant parent*.

Afin d'étayer notre propos, il nous faut ici faire un détour par la conception de la hiérarchie de Louis Dumont, et de la notion d'« englobement » qu'il décrit dans *Vers une théorie de la hiérarchie* (1979, p. 396-403), avant de pouvoir présenter nos conclusions sur les rapports entre l'engendrement et la procréation, et les conséquences qui en découlent.

Nous reprenons telle quelle la définition que donne Dumont de la « relation hiérarchique », que nous appliquerons ensuite à notre cas : « Cette *relation hiérarchique* est très généralement celle *entre un tout* (ou un ensemble) *et un élément de ce tout* (ou de cet ensemble) : *l'élément fait partie de l'ensemble*, lui est en ce sens *consubstantiel*

ou identique, *et en même temps il s'en distingue* ou s'oppose à lui. C'est ce que je désigne par l'expression 'englobement du contraire' » (*ibid.*, p. 397. Nous soulignons). Nous adaptons ensuite à notre cas le schéma que donne Dumont pour illustrer la relation hiérarchique ; le dessin que nous obtenons n'est finalement qu'une illustration des propos de Théry lorsqu'elle affirme que la procréation *n'est qu'une des dimensions* de l'engendrement :

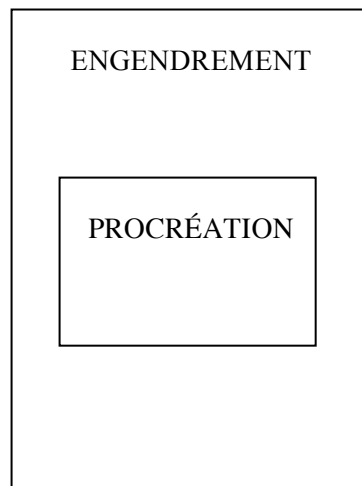


Fig. 1 : Englobement de la valeur contraire : engendrement et procréation

On comprend aisément les rapports entretenus entre ces deux notions : la procréation est contenue dans l'engendrement, elle fait partie de l'engendrement et en même temps diffère de celui-ci.

« À la différence de la simple relation distinctive, la relation hiérarchique inclut la dimension de la valeur. » (*ibid.*, p. 401) Autrement dit, *la valeur relative de l'engendrement est hiérarchiquement supérieure à celle de la procréation*, contenue dans celui-ci. Ainsi se dissipe « le trouble que jettent les grossesses hors normes¹ sur le lien entre procréation, sexualité, gestation et maternité [qui] ne fait qu'augmenter lorsqu'on s'interroge sur l'identité des parents » (Canto-Sperber, Frydman, 2009, p. 155) ; la *gestational surrogacy*, bien loin de « jeter le trouble », annihile la confusion entre les trois composantes de la maternité (génétique, gestationnelle, filiative). Les strates de la dimension procréative maternelle appartiennent à la valeur englobée, tandis que la maternité filiative appartient à la valeur englobante de l'engendrement. Dès lors,

¹ Les auteurs qualifient de « grossesses hors normes » les grossesses après la ménopause, la gestation pour autrui, et l'ectogénèse (utérus artificiel).

nulle confusion possible sur la « ‘vraie’ mère » (Delaisi de Parseval, Collard, 2007, p.40), le rapport hiérarchique entre valeur englobante et valeur englobée proposant une réponse adéquate aux relations entretenues entre procréation et engendrement.

Comment traduire en pratique cette interdépendance entre l’engendrement englobant, et la procréation englobée ? En attribuant la légitimité filiative à ceux qui se revendiquent de l’engendrement, plus couramment appelés « parents d’intention ». Nous mettons ainsi au jour la *singularité et l’unicité de la filiation* maternelle au sein du processus d’engendrement humain, quel que soit le nombre de femmes ayant participé à la venue au monde d’un enfant.¹ Cette analyse s’applique également à la filiation paternelle en cas de paternité avec don de sperme : la dimension procréative (don de sperme) reste *englobée* par la dimension d’engendrement (filiation paternelle avec le « père d’intention »), qui lui est hiérarchiquement supérieure. On aperçoit le danger qui consisterait à inclure la filiation dans l’ensemble « procréation », invalidant dès lors toutes les filiations adoptives et non procréatrices (don de gamètes). Tant que la filiation restera hors du champ strict de la procréation (autrement dit tant que la filiation fera partie de l’ensemble « engendrement » et sera exclu de l’ensemble « procréation »), *il n’y aura pas d’argument logique opposable à tout type de gestation pour autrui*. En revanche les arguments éthiques, moraux, juridiques, médicaux, viennent se surajouter et sont déterminants dans les choix de société, mais ils ne pourront s’y adjoindre légitimement que s’ils s’appuient sur un modèle logique cohérent.

Comprendre le refus de la *traditional surrogacy*

Ça j’avais dit à ma sœur, dès le départ, si tu es stérile, si tu ne peux pas pour X raison me donner tes ovocytes, moi ça s’arrêtera là. Je ne pourrai pas. Tant que c’est pas mon bébé, je peux. Je peux parce que je sais que c’est ton bébé et que je suis là juste pour lui permettre de se développer ces 9 mois. Quand je dis un cocon c’était vraiment ça. Par contre si c’est le mien, impossible. C’est bizarre mais génétiquement là ça avait un poids énorme, ça changeait tout, c’était plus du tout de la même façon que j’aurais vécu la grossesse, la même relation avec le bébé que je portais, c’était plus possible. Donc ça j’en avais conscience, et puis quand on a su que c’était bon, que les ovaires fonctionnaient, qu’on avait prélevé les ovocytes, que tout allait ben c’était jouable.

¹ Evidemment nous parlons d’*unicité* de la filiation maternelle dans le cadre de couples de sexe opposé, reconnaissant tout à fait par ailleurs la possibilité d’une maternité filiative double pour les enfants issus d’un couple de femmes. L’unicité de la filiation maternelle est, dans notre propos, en opposition avec la multiplicité des « figures maternelles » qui peuvent intervenir dans le cas de la GPA : mère légale, gestatrice, donneuse le cas échéant.

Si ça n'avait pas été le cas, la question se posait pas. C'était pas plus simple plus compliqué, je le faisais pas, c'était impossible. (Lucie)

- *Sinon ça aurait été une solution envisageable pour vous ou pas ? [nda : la GPA traditionnelle]*

- Traditionnelle ? Non, et c'est même pas vis à vis de nous, c'est qu'on aurait eu trop peur par rapport à la porteuse que pour le coup ce soit trop difficile pour elle. Pour moi c'est un lien en trop entre guillemets. Je pense que les choses sont très claires pour elle, et même pour sa fille, c'est le bébé de Christine et Antoine et il sera trop mignon mais c'est vraiment le bébé de Christine et Antoine, jamais elle a eu un lapsus ou quoi que ce soit. [...] Mais pour moi la traditionnelle c'était pas envisageable, j'avais besoin qu'il y ait une dissociation entre le bébé et celle qui le porte, vraiment mais pas pour nous, vraiment c'était par souci de mettre entre guillemets chaque chose à sa place. Chacun son rôle, et même ça multiplie effectivement les intervenants pour moi c'est pas une difficulté, ce serait plus une difficulté de dire celle qui t'a porté est aussi ta mère biologique entre guillemets. [...] Je voulais vraiment qu'il y ait une différence entre... qu'elle ne risque pas de faire un amalgame, qu'elle ait une souffrance par rapport à ça aussi. Je pense que même des femmes qui ont déjà fait plusieurs GPA, je ne suis pas persuadée qu'un jour il y ait un bébé avec qui il se passe des choses plus particulières pendant qu'il est dans son ventre et que du coup ce soit plus difficile après. [...] Pour nous c'était important que ce soit différencié mais on n'en a pas discuté plus que ça puisque de toute manière pour elle c'était clair, c'était une évidence pour elle que ce ne serait pas une traditionnelle. Ce sont des choses dont on a débriefé plus avec mon mari mais c'est venu relativement vite, c'était relativement évident pour nous que ça devait... qu'on devait faire la différence. (Christine)

On est allés voir une psy, on n'arrivait plus à discuter de ce sujet là. J'ai fini par trouver ce qui me posait problème : c'était qu'on puisse contester que c'était mon fils. [...] J'ai eu une illumination : je sais comment faire, on peut faire une GPA avec don. J'ai trouvé ma solution : on fait un double don. Comme ça personne ne pourra contester [*nda : que c'est son fils*]. (Anaïs)

- *Et une GPA traditionnelle ?*

- Ça on voulait pas. C'est la seule question qu'on avait par rapport au don, y'avait pas de problème par rapport au don en lui même. Je pense qu'il y aurait eu un souci si ça avait été la même personne qui porte et qui donne ses ovocytes. Pour nous c'était pas possible. Et c'était catégorique des deux côtés. » (Anaïs)

Ma sœur n'aurait jamais donné ses ovocytes en portant, avec ses ovocytes, sinon elle aurait pas pu faire ce détachement. Elle était détachée parce qu'elle savait que c'était pas ses ovocytes à elle. Elle servait juste d'utérus en fait. (Sylvie)

Pourquoi la GPA traditionnelle n'est « pas envisageable », voire « impossible » pour les femmes que nous avons interrogées ? Une deuxième série de schéma nous est nécessaire pour comprendre le choix systématique de la gestation pour autrui (à

proprement parler) chez nos enquêtées. Reprenons le premier schéma (fig. 1) et adaptons-le au cas précis de l'engendrement maternel, c'est-à-dire comprenant une double dimension procréative : la procréation génétique et l'enfantement.

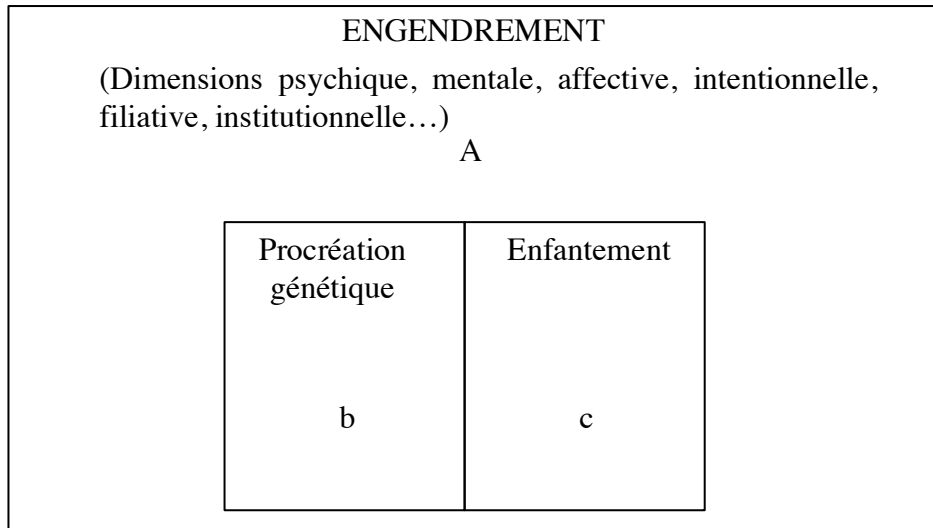


Fig. 2 : L'engendrement maternel : les dimensions de la maternité

Ce schéma nous permet de matérialiser l'importance des différentes dimensions de la maternité au regard des aires de chaque rectangle. Dans tous les cas, l'aire A où se situe la « mère d'intention » est supérieure aux aires b et c où se trouvent respectivement la gestatrice et la donneuse d'ovocyte ; si la « mère d'intention » est également celle qui donne ses ovocytes, seule l'aire c est exclue de son champ de présence. On obtient ce second schéma :

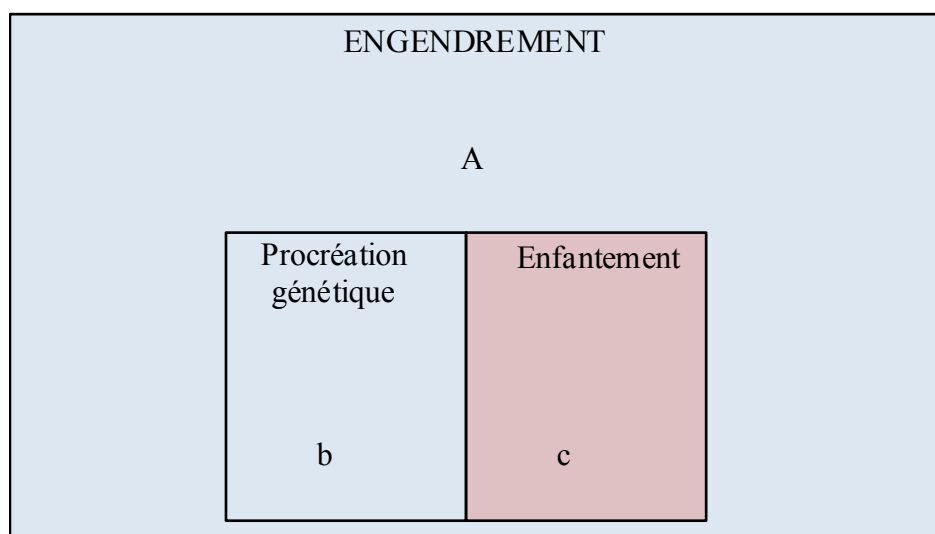


Fig 3 : GPA avec ovocytes maternels

Légende : En bleu « l'espace » occupé par la « mère d'intention »
 En rouge « l'espace » occupé par la gestatrice
 En vert « l'espace » occupé par le tiers donneur d'ovocyte

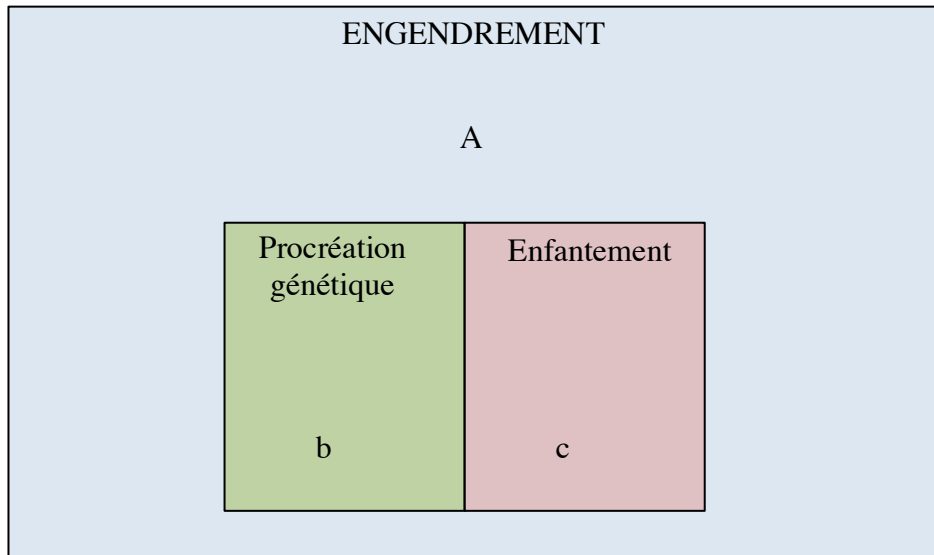


Fig. 4 : GPA avec ovocytes tiers

Dans ces deux cas, le rapport des aires de A/b et A/c (GPA avec don d'ovocyte tiers), ou *a fortiori* le rapport de $A+b/c$ (GPA avec les ovocytes maternels) est toujours nettement favorable à A , c'est à dire l'aire où se situe exclusivement la « mère d'intention ».

En revanche en cas de *traditional surrogacy*, toute la dimension procréatrice est incarnée par une seule et même personne.

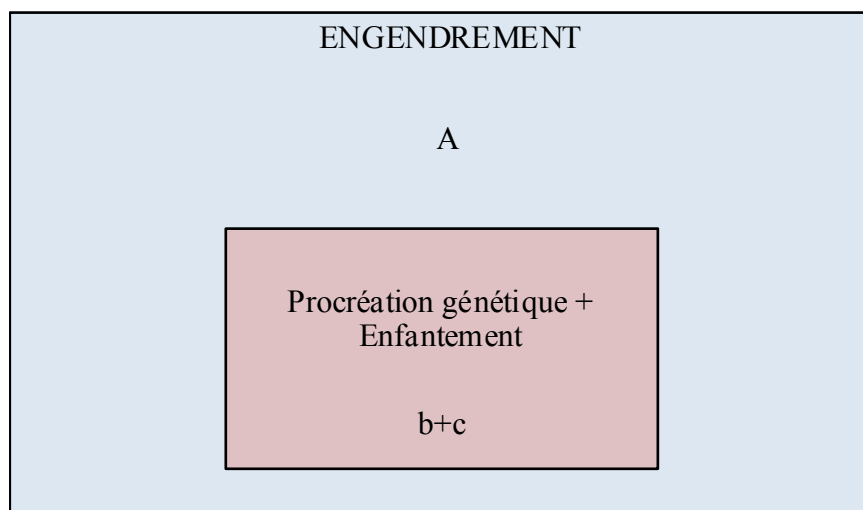


Fig. 5 : *Traditional surrogacy*

La locution « procréation pour autrui », dont l'usage est recommandé par les associations d'usagers pour l'opposer à « gestation pour autrui » (il n'existe pas de lien génétique entre l'enfant et la gestatrice), se trouve justifiée dans notre perspective, malgré le détournement du qualificatif tel qu'il était perçu initialement par le législateur (Catto, 2013, p. 103). L'aire b+c étant occupée par une seule personne, celle-ci devient nettement plus grande et peut en venir à contrebalancer l'aire A où se situe la « mère d'intention » : le danger de la contestation de la maternité au regard de la loi se fait plus grand. Notre propos semble tout à fait coïncider avec ce que retrouvent Delaisi de Parseval et Collard, (2007, p. 49) : « la subdivision de la maternité biologique en deux semble privilégiée par nombre de gestatrices qui disent *porter ainsi 'moins de maternité'* » (nous soulignons).

Ainsi, on comprend mieux pourquoi il était extrêmement important que les deux sphères de la procréation soient dissociées pour les enquêtées frappées de « double infertilité », ce qui explique le recours à une GPA-don plutôt qu'à la *traditional surrogacy*. Les craintes sont d'ailleurs partagées par les gestatrices comme par les mères : ni les unes ni les autres ne souhaitent cette fusion entre l'aire de l'enfantement et l'aire de la procréation génétique.

Chez les enquêtées, celles qui ont eu recours au don d'ovocyte ont fait appel à une donneuse tierce, les autres ont utilisé leurs propres ovocytes ; la conservation des rapports A/b (lorsqu'il existe, donc lorsqu'il y a donneuse) et A/c pourrait expliquer l'absence remarquable au sein de leurs discours, d'allusion à une quelconque concurrence entre les femmes impliquées dans la venue au monde de l'enfant. De plus, l'issue de la GPA n'est jamais décrite comme une souffrance ou une violence psychique les obligeant à se séparer de l'enfant qu'elles ont porté,¹ et les angoisses des gestatrices se focalisaient sur le fait d'avoir la charge de l'enfant ou bien de se voir attribuer une filiation avec un enfant qui n'était pas le leur :

- *Avez-vous eu des difficultés à vous séparer des enfants après la césarienne ?*
- Non pas du tout, au contraire j'étais heureuse de pouvoir retrouver ma famille, retourner à ma vie normale. Et puis ils font partie de ma famille, donc je ne les quitterai

¹ En cas de *traditional surrogacy*, les choses peuvent être très différentes, en témoignent ces récits de *traditional surrogates* sur le forum « surromonline.com » : <http://www.surromonline.com/support/showthread.php?138646-For-the-IP-s-via-TS>

jamais. *Ma seule angoisse c'était que mes petits cousins soient déclarés mes enfants*, parce que l'hôpital où j'ai eu la césarienne, pourtant c'est un grand hôpital de Floride, ils n'avaient jamais eu de gestation pour autrui, ils ne connaissaient pas les procédures. *J'ai été soulagée quand le jugement a été rendu* et qu'ils ont été officiellement déclarés les enfants de ma cousine. (Nicole. Nous soulignons.)

J'avais envie [...] que ma sœur prenne le relais assez vite, qu'elle prenne SON bébé, qu'elle s'en occupe, qu'elle soit là pour lui, qu'elle soit presque la première personne finalement à l'accueillir. [...] J'ai pas eu ce sentiment de vide, cette tristesse, au contraire je pense que c'était plus un soulagement. *Un soulagement*, une page qui allait se tourner, ma sœur avait son bébé, j'étais heureuse. [...] Après la psy me disait « c'est important quand même d'en parler à Léon, ça a quand même été votre bébé ». Ah j'aime pas trop cette phrase là ! Quand elle me dit ça je lui fais « Non. Non, non ». [...] Tout était tellement clair dans ma tête, ça avait son cheminement depuis tellement d'années aussi qu'en fait *je savais dès le départ que c'était le bébé de ma sœur*. C'était tellement clair *qu'il n'y a jamais eu ni de désir de maternité, ni d'envie d'allaiter*, ou un désir que j'aurais pu avoir si c'était le mien, évidemment, mais là je savais que je pouvais bien le vivre, je savais que je pouvais le proposer à ma sœur, que ça allait bien se passer pour moi, j'avais aucune crainte. (Lucie. Nous soulignons.)

Ma sœur a mis des barrières entre son corps et sa raison, pour elle c'était clair que c'était pas son enfant, y'a même pas eu d'ambiguïté. (Sylvie)

S'il n'y aucune confusion sur qui est la mère de l'enfant, il peut en revanche exister un certain trouble entre les rôles de la mère d'intention et de la gestatrice, tant le vécu de la grossesse et de l'accouchement est poreux entre elles. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, il y a un phénomène d'appropriation de la grossesse et de l'accouchement par la mère d'intention. Ainsi, si l'on retrouve la trace d'une *maternité à plusieurs*, c'est *uniquement dans la dimension charnelle qu'il peut y avoir communauté*, la dimension filiative de l'engendrement ne subit pas cette confusion des rôles entre mère d'intention et gestatrice, c'est-à-dire que *la gestatrice ne s'approprie jamais le rôle de mère*. Autrement dit, la mère d'intention est située dans l'aire englobante de l'engendrement *qui contient la dimension procréative*, tandis que la gestatrice reste dans l'aire *circonscrite et englobée* de la procréation.

II. DU « DON DE GESTATION » AU DON D'ENFANTEMENT

« La chose est évidente dans la gestation pour autrui, puisqu'il s'agit de *louer* l'utérus d'une femme, de *prendre en quelque sorte possession de neuf mois de sa vie*, de ses sensations, de ses émotions, de susciter chez elle un inconfort, voire souffrances, comme si elle n'était qu'une *simple couveuse* » (Canto-Sperber, Frydman, 2009, p. 153 ; nous soulignons). Cette citation regroupe un certain nombre des objections opposées à la GPA : marchandisation du corps humain, esclavagisme (Agacinski, 2009, p. 39-56), chosification du fœtus et de la gestatrice (Hofman, 2009, p. 452). Les témoignages que nous avons recueillis ainsi que la littérature socio-anthropologique sur la « GPA 'éthique' » (Merchant, 2012), apportent un éclairage différent sur cette technique, décrite et vécue comme respectueuse de la dignité et de l'autonomie de chacun.

La fin des tabous

La dimension financière de la GPA est très souvent pointée du doigt, dénonçant la « mise à disposition » du corps des femmes et la vente « d'enfants-produits » (Fabre-Magnan, 2013, p. 77, p. 40). Il n'est pas question de nier la dimension financière de la GPA, puisque pour les enquêtées la GPA a nécessité le prêt d'argent de la part de leurs parents, ou encore un emprunt. La question du coût a été abordée avec facilité avec elles ; toutes ont eu recours à une GPA non-commerciale, c'est-à-dire soit altruiste, soit avec compensation financière limitée au dédommagement des frais inhérents à la grossesse. Chez les enquêtées, le prix de revient de la GPA varie de 6000 à 40 000 € et comprenait au minimum les frais de déplacement et de traitements médicaux. Cette contrepartie financière n'a jamais été mentionnée comme excessive, bien que le coût puisse constituer un frein à un éventuel second projet de GPA. Afin d'élargir notre réflexion concernant le rapport à l'argent, nous citons Mary Douglas reprenant Mauss :

« L'argent est un signe fixe, objectif, identifiable ; il représente des opérations qui, sans lui, seraient confuses et contestables. De même le rite est le signe extérieur d'états intérieurs. L'argent est médiateur de transactions, le rite est médiateur d'expériences y compris l'expérience sociale. L'argent est un

étalon qui nous permet d'évaluer un produit, de même que le rite uniformise les situations, ce qui nous aide à les évaluer. Tout comme le rite, l'argent crée un lien entre le passé et l'avenir. Plus nous méditons sur la richesse de cette métaphore, plus il devient évident qu'il ne s'agit pas d'une métaphore. L'argent n'est qu'un type de rituel spécialisé et poussé à l'extrême. » (2001, p. 87).

Bien que les femmes interrogées n'aient pas eu recours à une GPA dite commerciale, il y a néanmoins circulation d'argent au cours du processus. Celle-ci est alors envisagée sous un tout autre angle grâce à l'enseignement de Mauss et Douglas : il n'est pas nécessaire de reconnaître la GPA comme un travail qui mériterait salaire pour qu'il justifie un échange d'argent, et ce même au-delà des dépenses inhérentes à la grossesse, car la portée symbolique et rituelle de la circulation d'argent revêt la dimension du « contre-don » maussien. Cette fonction rituelle peut justifier à elle seule la circulation d'argent entre les parents et la gestatrice (et/ou la donneuse). Les enquêtées évoquent par ailleurs le sentiment de clarté liée à la contractualisation *en amont* de la GPA :

Nous ce qu'on pense aussi c'est que les choses sont faites et sont dites clairement entre nous. Les liens se font sagement. Avec notre nounou on a bien parlé d'argent, de contrat, de souhaits d'un côté ou de l'autre, et on se disait d'accord ou pas d'accord, et je trouve que c'est ce qui manque aujourd'hui dans les relations humaines, c'est qu'on arrive plus à se dire les choses clairement et sagement, je trouve que là bas on a trouvé que les gens étaient directs, mais c'était clair. Et puis ouverts aussi, ça on ne peut pas se le cacher. (Émilie)

Comme on est des gens cérébraux, on a tout quadrillé, tout mis à l'épreuve, du point de vue éthique, il faut qu'on soit au clair nous, parce que si on est au clair ça se passera bien. [...] On voulait un cadre clair. [...] On a beaucoup réfléchi, mais on voulait que tout soit carré, pas de trucs scabreux. (Anaïs)

Par ailleurs, les discours des enquêtées s'opposent à cette affirmation : « on ne peut pas contester le fait que, lorsqu'une femme porte l'enfant d'un autre couple, ce n'est pas elle qui compte aux yeux de ceux qui l'ont sollicité, mais l'enfant qu'elle porte » (Canto-Sperber, Frydman, 2009, p. 189-190). Au contraire, elles font preuve d'une préoccupation marquée pour le bien-être et la santé de la gestatrice, la faisant passer au premier rang de leurs priorités :

Elle a fait des papiers pour dire que l'enfant ce serait notre enfant, et puis elle a fait son testament aussi pour qu'on puisse dire quelque chose s'il se passe quelque chose pendant la grossesse même si nous on considère que l'avis de sa famille passera bien avant le nôtre. (Christine)

On se demandait toujours « qu'est-ce qui est le mieux pour tout le monde ? » On essayait de garder notre sens éthique, on se mettait toujours nous en dernier, notre nounou en premier, notre enfant en deuxième et nous en dernier. On faisait dans cet ordre de priorité là. (Anaïs)

[...] Voilà, voilà notre type de relation, quand même elle me fait trop rire parce que je lui dis « c'est toi qui te connais, c'est ton corps, c'est pas à moi de te dire » ! C'est pareil elle nous a demandé l'autorisation d'envisager d'accoucher naturellement. Parce qu'elle n'a pas pu le faire pour sa fille [...] Et elle me dit « oh j'aimerais tellement essayer une naissance naturelle ! » Je lui ai dit « écoute, ça, ça t'appartient complètement, moi du moment que tu écoutes le médecin et que tu fais les choses en sécurité pour toi et pour le bébé », à ce moment là parce qu'effectivement on sera à un autre stade, on sera à la fin, je lui dis « moi du moment que ta sécurité et celle du bébé sont respectées, tu fais ce que tu veux. Ce n'est pas MON corps », ça elle a du mal, à chaque fois elle va nous demander des autorisations sur des choses, euh... Moi je considère, j'ai une façon de considérer les choses qui est peut-être un peu particulière, je considère que ça ne me regarde pas. Je lui ai fait confiance pour prendre soin [...] de mon bébé. [...] je lui ai confié la vie de mon bébé, c'est parce que j'ai estimé que je pouvais lui faire confiance. Maintenant elle, elle a déjà eu des enfants, elle se connaît, c'est pas à moi de lui dire « tu vas faire ci, tu vas faire ça ». (Christine)

Les décisions concernant le fœtus sont prises en commun, anticipées avant même la grossesse. Loin d'être secondaire, l'avis de la gestatrice est un élément primordial dans le devenir du fœtus.

Finalement ce sont trois embryons qui se sont développés [...] Ma cousine m'a dit : « le risque il est pour toi, c'est toi qui décide de faire une réduction parce que c'est TON corps ». J'ai refusé parce que je ne pouvais pas arrêter une vie. On a décidé ensemble de garder les trois. (Nicole)

Ma sœur et moi on était d'accord que si l'enfant avait un problème c'était un avortement. On était d'accord que s'il m'arrivait quelque chose pendant la grossesse, elle le gardait et elle le reconnaissait. Elle n'aurait pas avorté en tous cas. (Sylvie)

Un statut à inventer

On retrouve dans la littérature diverses allusions à la médecine vétérinaire, à la biologisation du corps humain, à la chosification des personnes :

« Le corps des animaux était entré depuis très longtemps dans l'économie marchande, puisqu'on faisait déjà maints usages des fourrures, peaux, plumes, dents, graisses, etc. [...] En devenant l'objet d'un travail, le corps humain fournit la matière première des produits biotechnologiques, et ses fragments deviennent par là même des biens qui peuvent circuler – se donner, se vendre, voire se voler. » (Agacinski, 2009, p. 40-41)

« Heureusement, dans l'autre sens, le sentiment de sécurité ressenti dès la vie prénatale et autour du premier passage de seuil que constitue la naissance, la tendresse sécurisante vécue lors des premiers mois et années résonnent aussi tout au long de la vie, donnant à ceux qui les ont reçus une élasticité confiante face aux événements difficiles, capital affectif inestimable. Les vétérinaires savent que pour rentabiliser les élevages on doit prendre soin de la qualité du lien entre la mère et son petit et ne pas les séparer trop tôt. » (Dolto, 2014, p. 151)

Pour les enquêtées, la GPA est une « aventure humaine », dont la portée se situe au-delà du fait de devenir parent :

On a eu une relation assez d'équipe. Je sais pas comment expliquer, faut le vivre je crois. On a été comme des mamans en équipe, on a marché main dans la main [...] On a vécu quelque chose plus que d'être parent, c'est plus une aventure humaine, même nous ça nous a apporté plein de choses, au niveau de l'ouverture d'esprit, fin je sais pas comment dire, la chaleur humaine, tout ça quoi. (Émilie)

Par ailleurs on ne retrouve pas de traces de termes biologisant chez les enquêtées – le terme « gestatrice » n'est d'ailleurs jamais utilisé (aucune occurrence retrouvée dans l'ensemble des entretiens). Lorsqu'elles n'ont pas de lien de parenté permettant de dire « ma sœur », « ma cousine », elles utilisent différents termes pour la qualifier : « *surromum* », « *surrogate* », « nounou », « nounou prénatale », « porteuse », « mère porteuse ». Le terme « mère porteuse » est le qualificatif privilégié par les gestatrices pour parler d'elles-mêmes. On peut supposer que l'absence d'homogénéité dans la manière de qualifier ce statut découle de l'absence de « modèle de référence » et de la nouveauté de celui-ci dans notre histoire française contemporaine ; chacun tente de trouver sa place, inscrivant la gestatrice et sa famille dans la genèse de l'enfant, et

réciiproquement l'enfant et ses parents trouveront leur place dans la biographie de la gestatrice. Il y a une tentative de replacer la GPA dans un cadre déjà connu ; elle doit trouver sa place dans le « système symbolique de parenté » qui est le nôtre.

Lorsque la GPA est intrafamiliale et qu'un lien de parenté préexiste à la GPA, les rapports sont d'emblée identifiés car fixés à l'avance par le degré de parenté. Cependant la gestatrice recevra un qualificatif *à part* des autres individus ayant un lien de parenté de degré équivalents, pour opérer une distinction entre celle qui a porté et les parents de degré équivalent :

- *De quelle manière vos petits cousins vous appellent-ils aujourd'hui ?*

- Ils m'appellent « Mama Nicole » et appellent parfois mon mari « Daddy Ted », ou le plus souvent simplement « Ted ». (Nicole)

Je suis sa marraine, donc c'est « marraine ». Et comme on n'a qu'une marraine, voilà !
(*rires*) Il me donne que ce nom là. (Lucie)

La mise en jeu du réseau relationnel

Nous l'avons vu dans le deuxième chapitre de ce mémoire, la référence à la famille et l'intrication des arbres généalogiques est un thème récurrent chez les enquêtées. La GPA dépasse largement le cadre des familles nucléaires respectives et s'étend aux grands-parents, frères et sœurs, belle-famille. Tout le réseau relationnel des individus est convoqué : la GPA n'est pas neutre pour l'entourage, bien au contraire. Les conséquences sont diverses, multifactorielles. Une telle expérience soude, reforme, déconstruit, redéfinit les contours de la famille.

On a pu passer un peu de temps avec notre nounou et sa famille ; on est arrivés en plein week-end de Thanksgiving, donc c'était génial, y'avait tout le monde, ça nous a permis de voir son environnement, sa vie, tout ça donc c'était super. [...] on a rencontré ses parents, tous ses enfants, c'était vraiment génial. (Émilie)

En fait je connais son père, sa mère, ses deux frères, euh... des amis, y'a des amis à elle avec qui ça a très très bien accroché aussi, qui nous aiment beaucoup et qu'on aime beaucoup, voilà c'est vraiment, c'est... ce sont des gens qui nous font dire que si un jour on doit s'expatrier on ira vivre là-bas. [...] De toute manière on sera très entourés par notre *surromum* et sa famille qui nous apprécie beaucoup, on a passé beaucoup de temps ensemble et le courant passe très très bien avec sa famille aussi, on sera très entourés on ne sera pas abandonnés tout seuls dans le froid ! (Christine)

Notre famille a été séparée par des histoires de familles entre mes oncles, mes tantes, mes grands-parents... Finalement la GPA a ressoudé toute la famille au sens large, parce que c'est un geste d'amour pour notre famille. (Nicole)

Tout l'environnement familial et amical était au courant. Ma grand-mère était au courant depuis longtemps, c'était une fervente partisane, elle était à fond ! Elle a eu du mal à avoir ma mère, ça a du jouer aussi [...] Y'a beaucoup de gens qui ont changé d'avis, sans être hyper contre, ou ils n'y avaient jamais trop réfléchi, et en en discutant ils se sont dit ah oui c'est vrai... (Anaïs)

On le voit, l'expérience d'une gestation pour autrui déborde bien au delà de la triade couple parental/gestatrice/enfant. Ainsi, de la même manière que Théry qualifie l'action des donneurs de gamètes de « don d'engendrement » – « don d'engendrement » dans lequel s'inscrit également le don effectué par la gestatrice –, nous pourrions qualifier leur don de *don d'enfantement*. En effet, l'expression « don de gestation »¹ (Gross, 2014, p. 30 ; Iacub, 2004, p. 240) met l'accent sur la *dimension gestationnelle* de la GPA. Or le moment de l'accouchement est précisément le moment qui demande le plus d'investissement émotionnel et physique de la part de la gestatrice (Jackson, 2008, p. 348). Nous avons montré au chapitre précédent à quel point la naissance était ritualisée : l'« offrande » de l'enfant d'homme à homme (du mari de la gestatrice au père d'intention), le co-allaitement par la gestatrice et la mère d'intention dès les premières heures de vie. En d'autres termes, la gestation renvoie uniquement à la grossesse, tandis que l'enfantement renvoie au passage du stade de fœtus au stade de personne au moment précis de la venue au monde ; ainsi la gestatrice n'est plus cantonnée à son rôle nourricier et développemental durant la grossesse, mais elle est bel et bien, au moment de la naissance, la *passeuse d'humanité* qui fera du fœtus un nouvel être humain.

C'est donc pour accorder toute sa valeur au moment de la naissance en tant qu'acte hautement relationnel, paroxystique, de la GPA, que nous proposons d'employer le terme *don d'enfantement* plutôt que « don de gestation ».

¹ Expression utilisée également dans le rapport du Sénat sur la maternité pour autrui : <http://www.senat.fr/rap/r07-421/r07-42110.html>

III. MATERNITÉ PARTAGÉE, MATERNITÉ DÉPLOYÉE : LA FIN DE LA MATERNITÉ IMPENSABLE

En français, le mot « maternité » est polysémique. Selon le petit Larousse 2014, on retrouve cinq définitions du mot « maternité », dont trois nous intéressent :

1. état, qualité de mère ;
2. fait de mettre un enfant au monde ;
3. lien de droit entre une mère et son enfant.

Bien que le terme désigne le versant féminin de la parentalité au sens du droit, le législateur n'utilise le terme de « maternité » que dans un très petit nombre d'articles du Code civil – cinq au total¹ –, et fait toujours référence implicitement ou explicitement à la dimension charnelle de celle-ci : la présence de l'adage latin « *mater semper certa est* » est latente dans la rédaction de notre droit.

Dissocier la filiation maternelle de l'enfantement

À propos de la GPA en Israël, Ilana Löwy dénonce « la négation de la contribution du corps de la femme enceinte dans le cas des mères porteuses » (2006, p. 54). Elly Teman rappelle que selon la loi ashkénaze datant du Moyen-Âge, il est indispensable que la gestatrice soit d'origine juive pour transmettre la judéité, qui est acquise dans le ventre de la femme juive. La prise en compte de la « contribution du corps » de la gestatrice est tout à fait indispensable dans le cas précis de la GPA israélienne, sinon quoi l'enfant n'est pas juif ; dans ces conditions, impossible de nier l'importance de la gestation. La dimension corporelle passe néanmoins au second plan pour les mères d'intention, qui valorisent la dimension génétique dans la détermination du lien filial (2003, p. 87, 95).

Dans les témoignages que nous avons recueilli, il n'est jamais question de nier la contribution charnelle des gestatrices, bien au contraire : le moment de l'accouchement, qui bien que très bref au regard de la durée d'une grossesse, condense et symbolise toute l'implication corporelle de la gestatrice, entourée et soutenue par les futurs parents. Il y a un glissement entre « nier la contribution du corps [...] des mères porteuses » et revendiquer l'absence de lien causal direct entre accouchement et

¹ Le mot « maternité » est retrouvé dans les articles 311-17, 316, 325, 328 et 332 du Code civil. Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/rechCodeArticle.do?reprise=true&page=1>

maternité. Ce que la GPA – telle qu’elle est relatée par les enquêtées – remet en question, ce n’est pas qu’il existe un lien *particulier* entre une femme et le fœtus qu’elle porte : c’est *l’évidence du lien de causalité accouchement-maternité*, traduite en droit par l’établissement quasi-automatique¹ de la filiation entre l’enfant et la femme qui l’a mis au monde.

Pourtant, cette disjonction a déjà été faite en France dans un autre contexte depuis le milieu du XXe siècle² et perdue aujourd’hui : c’est le cas dans l’accouchement sous X, mais au prix de la disparition totale et irrévocable (sauf si la femme a laissé des informations identifiantes dans le dossier médical) de celle qui a accouché (Théry, Leroyer, 2014). Dans le cas de la GPA, il s’agit d’accorder à celle qui porte la place qui lui revient dans la biographie de l’enfant, tout en la distinguant nettement du statut de mère : « la gestation pour autrui contribue, bien qu’interdite, à enrichir le patrimoine familial de nouveaux acteurs de la parenté qui ont à cœur de choisir le type de lien et de nomination susceptibles de fonder et légitimer leur partenariat » (Mehl, 2011, p. 102).

L’adage latin « *mater semper certa est* » est battu en brèche ; mais contrairement à l’accouchement sous X, le moment critique de la mise au monde n’a pas vocation à être effacé dans une « GPA ‘éthique’ ». À ce titre nous pouvons rejoindre les propos de Sylviane Agacinski ou Catherine Dolto sur les liens indéniables créés pendant la vie *in utero*, « [tissés] pendant le temps et l’expérience de la gestation » (Agacinski, 2009, p. 83) entre la femme qui porte un enfant et celui-ci ; notre expérience de sage-femme vient d’ailleurs confirmer chaque jour le caractère singulier de la relation entre le fœtus et la femme qui le porte, se déployant sur une palette incroyablement riche, allant du désinvestissement total à la compréhension la plus fine du comportement de ce fœtus. Mais si nos observations sont proches, notre conclusion sera tout autre que la leur : *la nature de ce lien n’est pas tel qu’il doive obligatoirement et indiscutablement faire de la femme qui porte la mère* (au sens institutionnel). Sinon que penser de l’accouchement sous X ? De l’adoption ? De celle qui n’a pas porté dans les couples de femmes qui ont eu recours à la PMA pour devenir mères ? Il ne s’agit pas de nier la haute teneur symbolique de la grossesse et l’accouchement, ni de les *dévaloriser*, mais de

¹ Seul l’accouchement sous X permet un accouchement sans filiation consécutive, au prix de l’effacement de l’accouchement et de l’accouchée.

² Un historique simple de l’accouchement sous X est difficile à établir, à cause de multiples variantes : accouchement sous le secret après la révolution, accouchement anonyme sous Vichy, accouchement sous X en vue de confier à l’adoption depuis 1966. Voir le rapport Théry-Leroyer (2014) pour un historique synthétique.

désacraliser la maternité corporelle et biologique en tant que *porteuse d'une filiation intrinsèque*.¹ C'est l'organisation sociale et culturelle de la GPA qui permet de dépasser le lien créé *in utero* (Levine, 2003, p. 180) entre le fœtus et la femme qui le porte.

Dès lors, la maternité avec GPA n'est plus la *maternité impensable* qu'elle était : si l'on reconnaît qu'un lien existe entre la gestatrice et l'enfant dès la vie *in utero*, lien qui perdurera longtemps après la naissance et probablement toute la vie, et que ce lien a pour caractéristique d'avoir une dimension charnelle évidente, reconnue et valorisée, *sans pour autant qu'il ait valeur filiative*, alors une *maternité à plusieurs* devient pensable. Selon nous, la reconnaissance de l'absence de lien causal entre l'accouchement et l'établissement de la filiation maternelle est l'une des clés du débat actuel. Reste à établir les caractéristiques des liens entre les individus, protecteurs contre une possible élimination de la gestatrice² (et éventuelle donneuse) de la biographie de l'enfant après la naissance (Berend, 2012, p. 927). Comment et par quoi sont modulés les relations entre mère d'intention, gestatrice et donneuse, et peut-on démontrer la nécessité logique de ces relations ?

Réintégrer la gestatrice et la donneuse au sein d'une *maternité déployée*

« Il n'est pas anodin de constater que pour aborder conceptuellement la déliaison du processus de conception et de mise au monde, je propose un modèle qui, lui-même, délie les concepts en ses différents éléments constitutifs. S'il est communément admis que la médecine puisse segmenter, couper et prélever les éléments du corps, gamètes et organes, la maternité, elle, ne peut que fusionner, unifier. La gestation pour autrui nous invite à repenser la parentalité dans ses différentes dimensions ainsi que la question du féminin et du maternel dans sa multiplicité. Il convient toutefois de garder à l'esprit qu'un élément fondamental pour l'enfant dans la construction de sa personnalité est de pouvoir répondre à la question : à qui dois-je le fait d'être né ? » (Cailleau, 2013, p. 28)

¹ N'oublions pas que la sacralisation de la maternité corporelle et biologique en tant que porteuse d'une filiation intrinsèque a été une victoire au IV^e siècle sur le Père tout-puissant, sous l'égide de la Vierge et par le biais du mariage pour tous (quel que soit le rang) et du célibat volontaire. Mais peut-être est-ce justement l'effacement contemporain du Père qui rend cette sacralisation superflue.

² En Inde par exemple, certaines cliniques d'infertilité refusent tout contact entre les parents d'intention et les gestatrices. Voir le reportage Google Babies : <https://www.youtube.com/watch?v=pQGIAM0iWFM>

Parmi nos lectures sur la GPA, notre attention a été retenue par l'article de Cailleau. Attardons-nous sur le choix de ses locutions : « *partage* du processus de conception et de mise au monde » et « *déliasion* du processus de conception et de mise au monde » (nous soulignons). Bien qu'elle ne décrive pas explicitement dans l'article son choix d'utiliser les termes « partage » et « déliaison », elle nous livre cependant un indice dans sa conclusion, qui vient corroborer notre propre sentiment après l'analyse de nos entretiens : « s'il est communément admis que *la médecine puisse segmenter, couper et prélever les éléments du corps, gamètes et organes, la maternité, elle, ne peut que fusionner, unifier*. La gestation pour autrui nous invite à repenser *la parentalité dans ses différentes dimensions* ainsi que la question du féminin et du *maternel dans sa multiplicité* » (*ibid.*, nous soulignons).

De tout notre corpus, elle est la seule à faire clairement la distinction entre la division de la maternité par le corps médical, et le partage des rôles selon la part que chacune prend dans l'action humaine commune qu'est la maternité spécifique de cet enfant là. La lecture de cette brève conclusion de Cailleau nous a conforté dans la direction que nous pressentions, à savoir l'insuffisance du modèle « divisionnaire » véhiculé par la GPA au vu du jeu relationnel entre les différents protagonistes. Repartant du « fait social total » suivant les recommandations de Mauss, Durkheim, et plus tard Dumont, nous nous efforcerons de « ré-unir, com-prendre, re-constituer ce que l'on a séparé, distingué, décomposé » (Michalon, 2011, p. 3).

Si l'on s'interroge sur la notion de « division », il apparaît que *le résultat d'une division est nécessairement la multiplication des produits* (« le maternel dans sa multiplicité »), et dans le cas précis de la GPA, il est patent que *les fruits de la division de la maternité ne peuvent pas être considérés indépendamment les uns des autres, sans qu'il y ait de lien entre les produits* (« la maternité, elle, ne peut que fusionner, unifier »). Ainsi c'est bien la médecine qui segmente, fractionne, fragmente le processus, impliquant *une division conceptuelle de la maternité*. Mais le concept de division n'est pas suffisant à l'échelle des individus, car *la division ne rend pas compte du lien entre les parties*.

C'est ici qu'apparaît nécessaire de considérer qu'en lieu et place de *division* il y a *partage de la maternité*, c'est à dire qu'il y a *répartition des rôles* entre différents acteurs, c'est-à-dire entre *différentes parties*. Selon le Robert des synonymes, le mot « partager » recoupe trois sens principaux :

1. le fait de diviser (fractionner, scinder, séparer), sectionner (couper, débiter), écarteler ;
2. le fait de distribuer (attribuer, répartir, dispatcher), d'avoir en commun, de mettre en commun ;
3. le fait de prendre part à (s'associer à, participer à, compatir à), d'embrasser (épouser, se solidariser avec).

La notion de partage, donc de « prendre part à » en tant que « partie d'un tout », permet de comprendre les *modalités de relation* entre les femmes qui *prennent part* à une gestation pour autrui. C'est précisément ce que Théry décrit lorsqu'elle dit, à propos du don de gamètes : « au lieu de séparer artificiellement le don d'un côté, la procréation médicalement assistée de l'autre, et enfin l'inscription de l'enfant dans la filiation, comme s'il s'agissait de scènes indépendantes, closes sur elles-mêmes, et ne faisant que s'ajouter les unes aux autres, on apercevra l'engendrement comme *une unique action complexe à plusieurs partenaires*, action que l'on peut distinguer en diverses *parties* et qui s'étend en l'occurrence de la sollicitation d'un don auprès d'un tiers jusqu'à la naissance de l'enfant que l'on a inscrit dès le départ dans la filiation ». La *relation de la partie au tout* est, dans cet extrait d'article, extrêmement condensée, et nous allons tenter de l'explicitier grâce à la contribution de Vincent Descombes dans son article « Les individus collectifs », paru en 2001 dans la *Revue du MAUSS*.¹

Dans un premier temps, il convient de rappeler la définition de « l'individu » selon Descombes, accepté dans son sens logique, c'est-à-dire toute chose (ou personne) à laquelle on peut appliquer un principe d'individuation. Ainsi l'individu ne s'oppose plus au « collectif », ou à « la société », mais s'oppose « au général ou à l'abstrait ». Il prend pour cela l'exemple du mariage : « la relation de mariage peut être définie en général (pour un couple indéterminé), mais elle peut aussi être individuée (il n'existe qu'une seule relation de mariage qui soit le mariage de cet homme et de cette femme) » (*ibid*, pp. 305-306). Nous appliquons ce même principe d'individuation à la maternité, qui peut donc être considérée comme un « individu » lorsque l'on parle d'une maternité précise autour d'un enfant précis.

¹ Même si l'article de Théry se rapporte au don de gamète, le don de gestation peut lui être assimilé dans le raisonnement analogue que nous allons développer pour le cas de la GPA.

Prenons comme exemple le cas d'Anaïs, qui pour devenir mère a eu recours à la fois à une gestatrice et une donneuse d'ovocyte. Dans le cas de la GPA-don d'Anaïs, la maternité individuée est prise comme un *totus*, c'est à dire comme *une totalité composée de différentes parties*. Ces différentes parties sont incarnées dans différentes personnes : la donneuse, la gestatrice, Anaïs. Chacune prend part à l'action « maternité », avec des rôles différents. Ainsi la donneuse, la gestatrice, et Anaïs *prennent part à* (ou *se partagent*) la maternité d'Arthur ; la référence à cette *maternité commune et unique* constitue le socle relationnel *sans lequel aucune action n'aurait été entreprise*. Il n'y a donc pas de parties qui puisse exister *en dehors* du *totus* de la maternité, aussi il est impossible et illogique de vouloir analyser la gestation pour autrui en dissociant les acteurs et en oubliant la dimension relationnelle indispensable à l'existence même de *cette* maternité *là*. On pourrait illustrer les craintes (ou les affirmations) de certains farouches opposants à la GPA de la manière suivante : le don d'ovocyte, la grossesse, et la parentalité se verraient « éclatées », sans aucun lien les uns avec les autres à cause du processus de GPA.

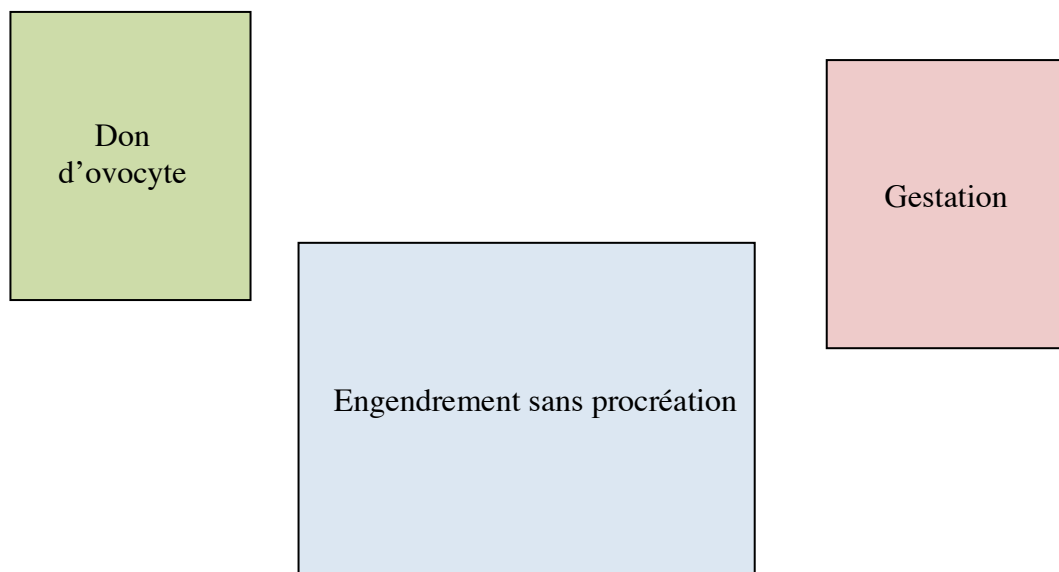


Fig. 6 : Gestation pour autrui « éclatée »

Or il suffit de repenser à notre figure 4 où l'engendrement maternel englobe la procréation pour être aussitôt rassuré : il est illogique de placer la procréation génétique et/ou l'enfantement *en dehors* de l'engendrement. Pour reprendre Théry, il est incorrect de « séparer artificiellement, [...] comme s'il s'agissait de scènes indépendantes, closes

sur elles-mêmes, et ne faisant que s'ajouter les unes aux autres [...] » (2012, p. 157). L'engendrement maternel, la maternité, est bien un *tout*, au sein duquel et selon les cas, différents acteurs prennent part couvrant l'une ou plusieurs des aires A (engendrement) et/ou b (procréation génétique) et/ou c (enfantement). La référence au « tout » de la maternité est le médiateur nécessaire et incontournable à toutes relations entre les acteurs de la GPA. Ainsi la maternité « naturelle », où toutes les dimensions sont confondues derrière une seule figure, diffère de la « maternité GPA », qui *à la manière d'un éventail, déploie la maternité en différentes figures* : la donneuse, la gestatrice, la mère. Il n'y a donc ni « fragmentation », ni « division », mais bien *déploiement de la maternité*, les branches de l'éventail étant chacune reliée aux autres par la feuille, la maternité, et pivotant autour d'un axe commun et unique : l'enfant à venir.

Moi je fais une très grande différence, j'utilise le mot mère pour tout ce qui est éloigné. Moi je ne serai jamais sa mère, je serai sa maman à mon bébé. J'ai deux mots, pour moi il y a une vraie différence dans les deux mots et je les utilise vraiment dans ce sens là. (Christine)

Pour conclure et être tout à fait exhaustif, reste enfin à évoquer les relations entre les « individus » selon les propriétés que nous accordons à l'individu et au système dont l'individu fait lui même partie : « nous devons tenir compte de cette composition de l'individu pris comme un système de parties [...] pour rendre compte des propriétés que nous lui reconnaissons. [...] [Les propriétés fonctionnelles ou téléologiques sont celles] qui conviennent à l'individu en tant qu'il entre lui-même en composition, à titre de partie, avec d'autres individus dans un système » (Descombes, 2001, p. 335). Appliqué à notre cas, cela signifie que la « famille GPA » prise comme individu avec ses propriétés propres, entre elle-même en composition à titre de partie, avec d'autres types de familles (familles homoparentales, familles monoparentales, familles « naturelles », « familles PMA » (Mehl, 2011, p. 98), familles recomposées, etc.) dans un système commun à tous : le « système symbolique de parenté ».

CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Au regard des différents cas rencontrés au cours de notre enquête, nous avons pu proposer des éléments de réponse aux questions que nous posions en introduction de ce mémoire. En nous concentrant sur le récit de la grossesse et de l'accouchement dans les cas de « maternité GPA », nous avons tenté de montrer comment la maternité pouvait se déployer entre plusieurs femmes, chacune incarnant une facette différente de l'« engendrement à plusieurs ». Les liens qui existent entre le fœtus devenu ensuite nourrisson puis jeune enfant, les parents d'intention, la gestatrice, et leurs entourages respectifs montrent à quel point la GPA revêt une dimension *hautement relationnelle*, impactant tout l'environnement des protagonistes. Nous avons montré que la GPA n'est pas sans risque pour la gestatrice, pour sa santé comme pour son entourage. Elle n'est pas sans risque non plus pour les parents d'intention qui n'ignorent pas que la GPA est illégale en France, et que leur enfant n'aura probablement pas de filiation établie au sein de l'état-civil français (Mehl, 2011b, p. 70). En cas de séparation ou de décès des parents, cette absence de filiation pourrait être lourde de conséquence. La récente condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme que nous avons évoquée précédemment laisse penser qu'une évolution vers la reconnaissance de la filiation pour les enfants nés de GPA à l'étranger est en cours.

Notre étude a permis de dégager tout au plus quelques régularités, mettant au jour les relations entre la dimension de l'engendrement et les deux dimensions procréatives de la maternité, au niveau conceptuel et au niveau individuel :

- selon nous, la relation entre procréation et engendrement relève du modèle hiérarchique proposé par Dumont, c'est-à-dire de l'« englobement de la valeur contraire », permettant de comprendre la légitimité de la position de la mère d'intention comme *unique mère au regard de la filiation* ;

- au niveau des individus, les protagonistes interagissent selon une référence à un *tout* dont ils constituent les *parties*. Ce *tout* est le résultat d'une « unique action à plusieurs partenaires » que nous avons nommée dans le cas spécifique de la GPA *la maternité déployée* ;

- la gestation pour autrui, en tant qu'*acte hautement relationnel* impliquant tout le réseau des parents d'intention et de la gestatrice, dont l'intensité est à son paroxysme au moment de la naissance, c'est-à-dire à l'instant de la rencontre entre le nouveau-né et les parents d'intention, peut être qualifiée de *don d'enfantement* : la gestatrice sans qui cette naissance aurait été impossible est à ce moment précis la *passseuse de vie*.

Différents points n'ont pas pu être développés faute de temps, d'outils d'analyse à notre disposition ou encore du trop petit nombre de cas étudiés :

- l'étude du vécu corporel de la GPA pourrait être approfondie grâce à une approche d'anthropologie comparée ; une littérature existe déjà sur le sujet mais traite des gestatrices israéliennes (Teman, 2010) ou américaines (Ragoné, 1996 ; Levine, 2003) ;

- malgré le très petit nombre de cas de GPA menées par des françaises, une étude anthropologique très qualitative sur ces quelques cas pourrait néanmoins se révéler intéressante dans le but d'éclairer les enjeux spécifiquement français d'une GPA ;

- une observation ethnographique de mises au monde d'enfants issus d'une gestation pour autrui constituerait un matériau inédit pour approfondir la question des rituels de naissance ;

- la réitération des entretiens à plusieurs mois voire plusieurs années d'intervalle avec les mêmes enquêtées permettrait de qualifier sur le temps long les évolutions de la relation entre la gestatrice, les parents d'intention et les enfants nés de GPA ;

- nous n'avons pas eu l'opportunité d'interroger de pères dans notre enquête, aussi n'avons-nous pas pu traiter de manière directe la question du vécu des pères dans la « parentalité GPA » au sein des couples hétérosexuels ; des entretiens avec des pères d'intention et/ou des conjoints de gestatrices seraient à intégrer dans une analyse globale des remaniements du rapport femme/homme dans le processus de GPA.

Pour conclure, les gestatrices comme les mères d'intention auprès desquelles nous avons enquêté décrivent toujours la GPA comme un acte « incroyable », profondément « humain », qu'il est « impossible de regretter » quelles qu'en aient été les conséquences par ailleurs. L'existence de cas tels que ceux-ci n'efface pas la réalité

de la marchandisation du corps et de l'exploitation des femmes que l'on peut déplorer dans certaines pratiques de GPA, mais ils ouvrent la voie à une réflexion sur une potentielle « gestation pour autrui 'éthique' ».

ANNEXES

Les grilles d'entretien présentées ci-dessous sont celles utilisées pour les entretiens de cette étude. Ces grilles n'ont jamais été employées telles quelles, la plupart des questions trouvant immédiatement réponse dans le récit des enquêtées ; certaines questions – notamment concernant l'aspect contractuel ou encore le choix de la gestatrice – n'étaient pas pertinentes lorsqu'un lien familial unissait le couple et la gestatrice, elles n'ont donc pas eu lieu d'être posées. Réciproquement, certaines questions n'ont pu être posées que lorsque la GPA se faisait dans le contexte familial.

Les questions ont été artificiellement réunies par thème, pour la clarté de leur présentation au sein de cette annexe. Elles n'ont pas été systématiquement posées dans cet ordre, bien qu'une certaine logique chronologique demeure dans tous les entretiens.

Concernant le lexique utilisé, nous nous sommes toujours adaptés au discours de l'interlocutrice, en reprenant leurs propres désignations pour qualifier la gestatrice : « *surromum* », « *surrogate* », « nounou », « porteuse », aussi les questions ont toujours été soigneusement formulées à l'oral afin de ne pas employer un autre terme que celui utilisé par l'enquêtée.

I. GRILLE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES MÈRES D'INTENTION

Le contexte du choix de la GPA :

- Quand s'est déroulée la GPA ?
- Quelles ont été les raisons (médicales) qui vous ont conduit à vous tourner vers la GPA ?
- Comment en être venue à la GPA, pourquoi ce mode d'engendrement plutôt que l'adoption par exemple ?
- Quel regard votre entourage a-t-il porté sur ce choix ? Était-il soutenant ?

Le choix de la gestatrice, ses motivations, le cadre légal :

- Comment s'est fait le choix de la gestatrice (de la donneuse le cas échéant) ?
- Dans le cas du recours au double don (de gestation et d'ovocyte), la *full surrogacy*¹ a-t-elle été envisagée ?
- Avez-vous évoqué avec la gestatrice les raisons pour lesquelles elle a souhaité être porteuse ?
- Quel était le contenu du contrat vous liant avec la gestatrice ?
- Avez-vous une idée du coût total de la procédure ?

Les interactions avec la gestatrice, le déroulement de la grossesse :

- Comment s'est déroulé le protocole de FIV et la/les implantation(s) d'embryon(s) ?
- Quels ont été les critères de choix du nombre d'embryons implantés ?
- Comment s'est fait l'annonce de la grossesse ?
- Comment s'est déroulée la grossesse sur le plan médical ?
- Quelle était la fréquence de vos échanges avec la gestatrice ? Qui était en contact avec elle le plus souvent ?
- Avez-vous pu assister aux rendez-vous médicaux : aux visites prénatales, aux échographies ?

¹ Terme parfois utilisé directement lorsque les enquêtés maîtrisaient particulièrement bien le lexique de la GPA (les membres d'association notamment) ; sinon nous utilisons une périphrase du type « Avez-vous envisagé avec votre gestatrice la possibilité qu'elle vous donne également ses ovocytes ? »

- Avez-vous rencontré la famille de la gestatrice ? Quels membres, quand ?

Le récit de l'accouchement, le séjour à l'hôpital, les premiers jours

- Comment le travail s'est-il mis en route, comment s'est déroulé l'accouchement ?

- Qui était présent à l'accouchement, que s'est-il passé au moment de la naissance ?

- Y a-t-il eu du peau-à-peau, une première alimentation (au sein ou au biberon) en salle de naissance ?

- Quel a été le regard de l'équipe médicale à l'hôpital ?

- Comment s'est passé le séjour à l'hôpital, combien de temps a-t-il duré ?

- Comment se sont déroulés les premiers jours avec votre bébé ? La gestatrice était-elle présente, sous quelle forme et à quelle fréquence ?

- Dans le cadre d'une GPA à l'étranger, comment se sont déroulés les au revoir et le retour au domicile en France ?

« L'après-GPA »

- Quels sont vos rapports avec la gestatrice aujourd'hui ?

- Comptez-vous parler à votre enfant de l'histoire de sa venue au monde ?

- Quel est le statut juridique de votre enfant, y a-t-il une filiation établie (à l'étranger ; en France) ?

- Reste-t-il des embryons à la suite de la FIV ? Quel devenir envisagez-vous pour eux ?

- Avez-vous songé à avoir un autre enfant ultérieurement grâce à une seconde GPA ?

II. GRILLE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES GESTATRICES

Le contexte du choix de la GPA :

- Quand s'est déroulée la GPA ?
- Vous souvenez-vous du moment où vous avez décidé de faire une GPA pour votre sœur/votre cousine ?
- Comment et quand lui avez-vous proposé de porter leur(s) enfant(s) ?

Le déroulement de la grossesse sur le plan médical :

- Si votre sœur/votre cousine avait dû avoir recours à un don d'ovocyte, auriez-vous envisagé de lui donner vos propres ovocytes ?
- Comment s'est déroulé le protocole de FIV et la/les implantation(s) d'embryon(s) ?
- Quels ont été les critères de choix du nombre d'embryons implantés ?
- Comment s'est fait l'annonce de la grossesse ?
- Comment s'est déroulée la grossesse sur le plan médical ?

Le vécu de la grossesse sur le plan corporel, psychique et familial :

- Comment la grossesse a-t-elle été vécue par votre conjoint, vos enfants ?
- Comment avez-vous expliqué à vos enfants que les/l'enfant(s) que vous portiez n'était pas leur petit frère/leur petite sœur ?
- Avez-vous vécu cette grossesse différemment de vos propres grossesses (sur le plan psychique, physique) ?
- Quelle était la fréquence de vos échanges avec votre sœur/votre cousine ?
- Vous ont-ils (votre sœur/votre cousine et son conjoint) apporté une aide pendant la grossesse (garde d'enfant, aide ménagère, etc.) ?
- Avez-vous souhaité qu'ils assistent aux rendez-vous médicaux : aux visites prénatales, aux échographies ?

Le récit de l'accouchement, le séjour à l'hôpital, le retour à la maison

- Comment le travail s'est-il mis en route, comment s'est déroulé l'accouchement ?

- Qui était présent à l'accouchement, que s'est-il passé au moment de la naissance ?
- Y a-t-il eu du peau-à-peau, une première alimentation (au sein ou au biberon) ?
- Quel a été le regard de l'équipe médicale à l'hôpital ?
- Comment s'est déroulé le séjour à l'hôpital, combien de temps a-t-il duré ?
- Comment se sont effectués les premiers jours et le retour à la maison pour vous ?
- A la naissance, avez-vous eu des craintes concernant l'établissement d'une filiation entre l'enfant et vous ?

À distance de la GPA

- Votre neveu/votre petit cousin est-il au courant de l'histoire de sa venue au monde ?
 - Avez-vous une relation privilégiée aujourd'hui avec votre neveu/votre petit cousin ?
- Comment vous appelle-t-il ?
- Quel regard votre entourage porte-t-il sur le fait que vous ayez porté un enfant pour votre sœur/votre cousine ? A-t-il été soutenant ?
 - Les liens avec votre famille ont-ils été modifiés par cet événement ?
 - Avez-vous des regrets ou avez-vous connu des difficultés pendant et depuis cette grossesse ?

BIBLIOGRAPHIE

I. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGACINSKI Sylviane, 2009, *Corps en miettes*, Paris, France, Flammarion.

ATLAN Henri, 2005, *L'utérus artificiel*, Paris, France, Éd. du Seuil.

BAUGHMAN Matthew H., 2000, « In Search of Common Ground: One Pragmatist Perspective on the Debate over Contract Surrogacy », *Columbia Journal of Gender and Law*, 2001 2000, vol. 10, p. 263.

BENDER Leslie, 2003, « Genes, Parents, and Assisted Reproductive Technologies: Arts, Mistakes, Sex, Race, & (and) Law », *Colum. J. Gender & L.*, 2003, vol. 12, p. 1.

BEREND Zsuzsa, 2012, « The Romance of Surrogacy », *Sociological Forum*, décembre 2012, vol. 27, n° 4, p. 913-936.

BOSSE-PLATIÈRE Hubert, 2006, « Le tourisme procréatif », *Informations sociales*, 1 juillet 2006, n° 131, n° 3, p. 88-99.

CAILLEAU Françoise, 2013, « Dialogique de la filiation et de la parentalité dans la gestation pour autrui : création d'un modèle matriciel paradigmatique », *Le Carnet PSY*, 24 juin 2013, N° 172, n° 5, p. 24-28.

CANTO-SPERBER Monique et FRYDMAN René, 2009, *Naissance et liberté: la procréation. Quelles limites ?*, Paris, France, LGF.

CARRICABURU Danièle, 2005, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du Travail*, avril 2005, vol. 47, n° 2, p. 245-262.

CATTO Marie-Xavière, 2013, « La gestation pour autrui: d'un problème d'ordre public au conflit d'intérêts? », *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, 2013, n° 3.

CICCARELLI Janice C. et BECKMAN Linda J., 2005, « Navigating Rough Waters: an Overview of Psychological Aspects of Surrogacy », *Journal of Social Issues*, 2005, vol. 61, n° 1, p. 21-43.

- COLLARD Chantal et ZONABEND Françoise, 2013, « Parenté sans sexualité », *L'Homme*, 1 juin 2013, vol. n°206, n° 2, p. 29-58.
- DAMELIO Jennifer et SORENSEN Kelly, 2008, « Enhancing Autonomy in Paid Surrogacy », *Bioethics*, juin 2008, vol. 22, n° 5, p. 269-277.
- DELAISI DE PARSEVAL G., 2006, « To FIV or not to FIV : la gestation pour autrui, future indication d'Assistance médicale à la procréation ? », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, septembre 2006, vol. 34, n° 9, (coll. « Onzièmes Journées nationales de la FFER (Paris, 11-13 octobre 2006) »), p. 720-726.
- DELAISI DE PARSEVAL Geneviève et COLLARD Chantal, 2007, « La gestation pour autrui », *L'Homme*, 1 juillet 2007, n° 183, n° 3, p. 29-53.
- DESCOMBES Vincent, 2001, « Les individus collectifs », *Revue du MAUSS*, 2001, vol. 18, n° 2, p. 305.
- DICKENSON Donna L., 2013, « The Commercialization of Human Eggs in Mitochondrial Replacement Research », *The New Bioethics: A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body*, 1 janvier 2013, vol. 19, n° 1, p. 18-29.
- DOLTO Catherine, 2014, « Réflexions sur la gestation pour autrui », *Le Débat*, 1 mai 2014, n° 180, n° 3, p. 147-153.
- DOUGLAS Mary, 2001, *De la souillure: essai sur les notions de pollution et de tabou*, traduit par Anne Guérin, Paris, France, Éd. la Découverte & Syros.
- DUGUET Anne-Marie, PRUDIL Lukas et HREVTSOVA Radmyla, 2014, « Gestation pour autrui pratiquée à l'étranger : conséquences pour les couples français et évolution du cadre légal dans certains pays », *Médecine & Droit*, mars 2014, vol. 2014, n° 125, p. 46-51.
- DUMONT Louis, 1979, *Homo hierarchicus: le système des castes et ses implications*, Paris, France, Gallimard.
- Ergas, 2012, *The Transnationalization of Everyday Life: Cross-border Reproductive Surrogacy, Human Rights and Re-visioning of International Law*, New York, Columbia University.

FABRE-MAGNAN Muriel, 2013, *La gestation pour autrui: fictions et réalité*, Paris, Fayard.

GOLOMBOK Susan, MACCALLUM Fiona, MURRAY Clare, LYCETT Emma et JADVA Vasanti, 2006, « Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2 », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, février 2006, vol. 47, n° 2, p. 213-222.

GOLOMBOK Susan, READINGS Jennifer, BLAKE Lucy, CASEY Polly, MARKS Alex et JADVA Vasanti, 2011, « Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. », *Developmental Psychology*, 2011, vol. 47, n° 6, p. 1579-1588.

GROSS Martine, 2014, « Les tiers de procréation dans les familles homoparentales », *Recherches familiales*, 2014, n° 1, p. 19-30.

GROSS Martine, COURDURIÈS Jérôme et FEDERICO Ainhoa de, 2014, « Le recours à l'AMP dans les familles homoparentales: état des lieux. Résultats d'une enquête menée en 2012 », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 2014, n° 9.

GUGUCHEVA Magdalena, 2010, *Surrogacy in America*, Cambridge, Council for responsible genetics.

HÉRITIER Françoise, 1985, « La Cuisse de Jupiter », *L'Homme*, 1985, vol. 25, n° 94, p. 5-22.

HOFMAN Darra L., 2008, « Mama's Baby, Daddy's Maybe: A State-by-State Survey of Surrogacy Laws and Their Disparate Gender Impact », *Wm. Mitchell L. Rev.*, 2008, vol. 35, p. 449.

HUMBYRD Casey, 2009, « Fair Trade International Surrogacy », *Developing World Bioethics*, décembre 2009, vol. 9, n° 3, p. 111-118.

IACUB Marcela, 2004, *L'empire du ventre: pour une autre histoire de la maternité*, Paris, France, Fayard.

JACKSON Emily, 2008, « Degendering Reproduction ? », *Medical Law Review*, 18 juillet 2008, vol. 16, n° 3, p. 346-368.

- JADVA Vasanti, MURRAY Clare, LYCETT Emma, MACCALLUM Fiona et GOLOMBOK Susan, 2003, « Surrogacy: the Experiences of Surrogate Mothers », *Human Reproduction*, 1 octobre 2003, vol. 18, n° 10, p. 2196-2204.
- KAUFMANN Jean-Claude, 2011, *L'entretien compréhensif*, Paris, France, A. Colin.
- KILIC Selim, UCAR Muharrem, YAREN Hakan, GULEC Mahir, ATAC Adnan, DEMIREL Fatma, KARABULUT Ceren et DEMIREL Ozlem, 2009, « Determination of the Attitudes of Turkish Infertile Women Toward Surrogacy and Oocyte Donation », *Pak J Med Sci*, 2009, vol. 25, n° 1, p. 36-40.
- LANSAC Jacques et GUÉRIF Fabrice, 2005, *AMP: l'assistance médicale à la procréation en pratique*, Issy-les-Moulineaux, France, Masson.
- LEVINE Hal B., 2003, « Gestational Surrogacy: Nature and Culture in Kinship », *Ethnology*, 2003, p. 173-185.
- LÖWY Ilana, 2006, « La fabrication du naturel : l'assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée », *Tumultes*, 2006, vol. 26, n° 1, p. 35.
- MEHL Dominique, 2011, « La famille contemporaine au prisme des procréations médicalement assistées », *Cliniques méditerranéennes*, 1 juin 2011, n° 83, n° 1, p. 95-95.
- MEHL Dominique, 2011b, *Les lois de l'enfantement: procréation et politique en France, 1982-2011*, Paris, France, Sciences Po, les Presses.
- MENNESSON Sylvie et MENNESSON Dominique, 2010, *La gestation pour autrui: l'improbable débat*, Paris, France, Éd. Michalon.
- MENNESSON Sylvie et MENNESSON Dominique, 2008, *Interdits d'enfants: le témoignage unique de parents ayant eu recours à une mère porteuse*, Paris, France, Editions Michalon.
- MERCHANT Jennifer, 2012, « Une gestation pour autrui 'éthique' est possible », *Travail, genre et sociétés*, 2012, vol. 28, n° 2, p. 183.
- MERCHANT Jennifer, 2009, « Chapitre 4. Assisted Reproductive Technology (ART) in the United States: Towards a National Regulatory Framework? », *Journal International de Bioéthique*, 2009, vol. 20, n° 4, p. 55.

- OLIVENNES François, HAZOUT André et FRYDMAN René, 2006, *Assistance médicale à la procréation*, Édition : 3e édition., Paris, Elsevier Masson.
- PASHMI Monir, TABATABAIE Seyed Mohammad Sadegh et AHMADI Seyed Ahmad, 2010, « Evaluating the Experiences of Surrogate and Intended Mothers in Terms of Surrogacy in Isfahan. », *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 2010, vol. 8, n° 1.
- PULMAN Bertrand, 2010, *Mille et une façons de faire les enfants: la révolution des méthodes de procréation*, Paris, France, Calmann-Lévy.
- RAGONÉ Helena, 1996, « Chasing the Blood Tie: Surrogate Mothers, Adoptive Mothers and Fathers », *American Ethnologist*, 1 mai 1996, vol. 23, n° 2, p. 352-365.
- ROZÉE Virginie et LA ROCHEBROCHARD Elise DE, 2010, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France: reflet de la norme sociale procréative? », *Santé, Société et Solidarité*, 2010, vol. 9, n° 2, p. 109-114.
- SARTHOU-LAJUS Nathalie, 2010, « Maternité et paternité, les métamorphoses », *Études*, 2010, n° 5, p. 580-582.
- SERAFINI P., 2001, « Outcome and Follow-up of Children Born After IVF-surrogacy », *Human Reproduction Update*, février 2001, vol. 7, n° 1, p. 23-27.
- SHENFIELD F., MOUZON J. DE, PENNINGS G., FERRARETTI A. P., NYBOE ANDERSEN A., WERT G. DE, GOOSSENS V. et THE ESHRE TASKFORCE ON CROSS BORDER REPRODUCTIVE CARE, 2010, « Cross border reproductive care in six European countries », *Human Reproduction*, 1 juin 2010, vol. 25, n° 6, p. 1361-1368.
- TEMAN Elly, 2010, *Birthing a mother: the surrogate body and the pregnant self*, Berkeley, University of California Press.
- TEMAN Elly, 2008, « The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood », *Social Science & Medicine*, octobre 2008, vol. 67, n° 7, p. 1104-1112.
- TEMAN Elly, 2003, « The Medicalization of "Nature" in the "Artificial Body": Surrogate Motherhood in Israel », *Medical Anthropology Quarterly*, mars 2003, vol. 17, n° 1, p. 78-98.
- THÉRY Irène (ed.), 2013, *Mariage de même sexe et filiation*, Paris, France, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

THÉRY Irène, 2011, *Qu'est-ce que la distinction de sexe ?*, Fabert : Yapaka.

THÉRY Irène, 2010, *Des humains comme les autres: bioéthique, anonymat et genre du don*, Paris, France, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales.

THÉRY Irène, 2010b, « Le genre : identité des personnes ou modalité des relations sociales ? », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 1 juillet 2010, n° 171, p. 103-117.

THÉRY Irène, 2007, *La distinction de sexe: une nouvelle approche de l'égalité*, Paris, France, O. Jacob.

THÉRY Irène et BONNEMÈRE Pascale, 2008, *Ce que le genre fait aux personnes*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales.

THÉRY Irène et LEROYER Anne-Marie, 2014, *Filiation, origines, parentalité : le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle*, Ministère des affaires sociales et de la santé.

ZYL Liezl VAN et WALKER Ruth, 2013, « Beyond Altruistic and Commercial Contract Motherhood: the Professional Model », *Bioethics*, septembre 2013, vol. 27, n° 7, p. 373-381.

II. BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

BILLET Amandine, 2011, *La gestation pour autrui dans le monde et plus particulièrement en France*, Université Henri Poincaré, Nancy I.

BOUVERESSE Jacques, 1991, *Philosophie, mythologie et pseudo-science : Wittgenstein lecteur de Freud*, Combas, France, Editions de l'Eclat.

BRUNET Laurence et KUNSTMANN Jean-Marie, 2013, « Gamete donation in France: the future of the anonymity doctrine », *Medicine, Health Care and Philosophy*, février 2013, vol. 16, n° 1, p. 69-81.

BUTLER Judith, 2006, *Trouble dans le genre = Gender trouble : le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, La Découverte.

CASTORIADIS Cornelius, 1999, *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil.

- Cayla Olivier et Thomas Yan, 2002, *Du droit de ne pas naître: à propos de l'affaire Perruche*, Paris, France, Gallimard.
- DABAN Jean-Jacques, 2005, « Enfantement et maternité dans la Bible », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 1 mars 2005, n° 59, n° 1, p. 113-119.
- DESJEUX Cyril, 2006, *Homosexualité et procréation, les prémices d'un matriarcat ? Analyse stratégique du processus de décision d'avoir un enfant dans un couple homosexuel*, Paris, Harmattan.
- HUERRE Patrice, Lauru, Didier et RUN Jean-Louis Le, 2011, *La filiation aujourd'hui*, Ramonville Saint-Agne, France, Erès.
- MICHAUD Jean, 2007, *L'éthique à l'épreuve des techniques*, Editions L'Harmattan.
- MIMOUN Sylvain, 1999, *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*, Paris, Flammarion médecine-sciences.
- PARIZER-KRIEF Karène, 2013, « La notion de «projet parental» dans le droit à l'assistance médicale à la procréation (AMP) », *The Tocqueville Review/La revue Tocqueville*, 2013, vol. 34, n° 2, p. 19-57.
- PENNINGS G., MOUZON J. DE, SHENFIELD F., FERRARETTI A. P., MARDESIC T., RUIZ A. et GOOSSENS V., 2014, « Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries », *Human Reproduction*, 1 mai 2014, vol. 29, n° 5, p. 1076-1089.
- STEINBERG Sylvie, 2001, *La confusion des sexes : le travestissement de la Renaissance à la Révolution*, Paris, Fayard.
- TAIN Laurence, 2013, *Le corps reproducteur: dynamiques de genre et pratiques reproductives*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- VILAINE Gavarini, Coadic, 1986, *Maternité En Mouvement, les femmes, la reproduction et les hommes de science*, Presses Universitaires de Grenoble.

III. RESSOURCES INTERNET

Les ressources en ligne indiquées ci-dessous sont celles consultées en plus de celles citées dans les notes de bas de page de ce mémoire.

Cowan Jane et Reed Bronwen, « Would-be parents fleeced, surrogates abandoned by MSOPH », *Genetics and Society*, <http://www.geneticsandsociety.rsvp1.com/article.php?id=7897&mgf=http%3A%2F%2Fwww.geneticsandsociety.org&mgf=1>, 8 juillet 2014.

« Christiane Taubira assure que la France ne reviendra pas sur l'interdiction de la GPA », *Francetv Info*, http://www.francetvinfo.fr/societe/loi-sur-la-famille/gestation-pour-autrui/taubira-assure-que-la-france-ne-reviendra-pas-sur-l-interdiction-de-la-gpa-mais-se-dit-attentive-a-la-situation-des-enfants_632863.html, 26 juin 2014.

Lance Delphine et Guillaume Bertrand, « Entretiens croisés autour de la GPA », *Implications philosophiques*, <http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/entretien-croises-autour-de-la-gpa/>, 24 janvier 2014.

Lewin Tamar, « Foreign Couples Heading to America for Surrogate Pregnancies », *The New York Times*, <http://www.nytimes.com/2014/07/06/us/foreign-couples-heading-to-america-for-surrogate-pregnancies.html>, 5 juillet 2014.

Marcy Darnovsky, « Another Scandal at a Prominent Surrogacy Agency », *Biopolitical Times*, <http://www.biopoliticaltimes.org/article.php?id=7781>, 29 mai 2014.

« GPA à l'étranger: le gouvernement soutient la CEDH, fureur de l'UMP », *Républicain Le Berry*, http://www.leberry.fr/france-monde/actualites/a-la-une/national/2014/06/27/gpa-a-l-etranger-le-gouvernement-soutient-la-cedh-fureur-de-l-ump_11059466.html, 27 juin 2014.

« Surrogacy Between Close Friends: Think Twice », *Huffington Post*, http://www.huffingtonpost.com/suzette-standing/surrogacy-between-close-friends-think-twice_b_5378207.html, 30 mai 2014.

« Taubira ouvre la voie à la gestation pour autrui », *Le Figaro*, 29 janvier 2013.

« Surrogate mothers feels no remorse for babies », *The Independent*, 1 juillet 2002.

60 personnalités s'engagent pour une gestation pour autrui encadrée | Najat Vallaud-Belkacem, <http://www.najat-vallaud-belkacem.com/2010/12/13/60-personnalites-sengagent-pour-une-gestation-pour-autrui-encadree/>, 13 décembre 2010.

« Maternité de substitution ou Gestation pour autrui : une étude intéressante de la Commission internationale de l'état civil », *Forum Famille Dalloz*, <http://forum-famille.dalloz.fr/2014/03/06/maternite-de-substitution-ou-gestation-pour-autrui-une-etude-interessante-de-la-commission-internationale-de-letat-civil/>, 6 mars 2014.

- « GPA : la tribune signée en 2010 par trois ministres », *Le Monde*, http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/12/13/gestation-pour-autrui-un-cadre-contre-les-derives_1451958_3232.html, 13 décembre 2010
- « GPA, PMA : quel sera l'impact de la décision de la CEDH sur le droit français ? », *Le Monde*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/06/27/gpa-pma-quel-sera-l-impact-de-la-decision-de-la-cedh-sur-le-droit-francais_4446718_3224.html, 27 juin 2014.
- « Des enfants faits main » - *Infrarouge*, <http://tntv-rattrapage.overblog.com/2014/02/infrarouge-des-enfants-faits-main-23-30-l-18-02-14.html>, 18 février 2014.
- « Invoking 'Choice' When Discussing Surrogacy as a Feminist Concern Is a Mistake », *RH Reality Check*, <http://rhrealitycheck.org/article/2014/04/23/invoking-choice-discussing-surrogacy-feminist-concern-mistake/>, 23 avril 2014.
- « Les liens génétiques ne déterminent pas les liens de parenté », *Le Monde*, http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/02/15/les-liens-genetiques-ne-determinent-pas-les-liens-de-parente_1480210_3232.html, consulté le 15 février 2011.
- « Les parents des enfants apatrides toujours bloqués en Ukraine », *Le Parisien*, <http://www.leparisien.fr/societe/les-parents-des-enfants-apatrides-toujours-bloques-en-ukraine-17-04-2011-1410885.php>, consulté le 17 avril 2011.
- « Libre opinion - Le remboursement des mères porteuses ? Du délire », *Le Devoir*, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/406482/le-remboursement-des-meres-porteuses-du-delire>, 25 avril 2014.
- « Pour un débat raisonné sur la 'gestation pour autrui' », *Le Devoir*, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/406600/pour-un-debat-raisonne-sur-la-gestation-pour-autrui>, 26 avril 2014.
- « Une pétition en faveur des mères porteuses », *L'Express*, http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/une-petition-en-faveur-des-meres-porteuses_750391.html, 30 mars 2009

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont tout d'abord à Bertrand Pulman, mon directeur de mémoire, ainsi qu'à Irène Théry qui en est la rapporteure, pour leur confiance et leur disponibilité. Je les remercie tout particulièrement pour leur écoute et leurs précieux conseils. Je remercie également Carine Vassy, qui m'a accompagnée pendant mes deux premières années de master et m'a aidée dans le choix d'un directeur de mémoire.

Je tiens à remercier Jennifer Merchant et Laurence Brunet, qui chacune m'ont épaulée dans mes recherches avec bienveillance et enthousiasme, ainsi que l'ensemble des animateurs et fidèles participants du séminaire « Genre, personne, interlocution », dont l'apport a été décisif pour mon travail et ma réflexion personnelle.

Je remercie également toute l'équipe de la maternité des Bluets, collègues et consœurs, pour leur amical soutien et leur intérêt pour mon travail, ainsi que l'aide logistique et organisationnelle de certain-e-s, sans quoi ce mémoire n'aurait peut-être pas vu le jour.

Je tiens à exprimer mon infinie gratitude envers mes parents, pour nos longues discussions controversées mais toujours enrichissantes, pour leurs relectures estivales et pour leur indéfectible implication dans mes travaux, depuis toujours.

Merci enfin à mes amies de l'École et plus spécialement à Marine, fidèle camarade de bibliothèque, ainsi qu'à l'ensemble de mon cercle amical pour leur affection et leurs encouragements, et bien évidemment Renaud pour son irremplaçable présence à mes côtés et son soutien de chaque instant.