

Devenir parents par une gestation pour autrui altruiste : expérience multidisciplinaire du CHU Saint-Pierre de Bruxelles

Candice Autin

DANS **PÉRINATALITÉ** 2022/2 Vol. 14 , PAGES 73 À 76
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 2678-6524

DOI 10.3166/rmp-2022-0156

Date de mise en ligne : 05/09/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-perinatalite-2022-2-page-73?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Devenir parents par une gestation pour autrui altruiste : expérience multidisciplinaire du CHU Saint-Pierre de Bruxelles

Becoming Parents through Altruistic Surrogacy: the Multidisciplinary Experience of the CHU Saint-Pierre of Brussels

C. Autin

© Lavoisier SAS 2022

Résumé Devenir parents par une gestation pour autrui altruiste est une parentalité complexe à de très nombreux égards. Le centre de fertilité du CHU Saint-Pierre à Bruxelles assure ce type de prises en charge depuis plus de 20 ans malgré une absence de cadre juridique spécifique. Il témoigne de l'importance d'un encadrement et d'un accompagnement multidisciplinaires. Au fil du temps, l'équipe a fait évoluer sa prise en charge grâce aux échanges tant entre professionnels qu'avec les patients.

Mots clés Gestation pour autrui · Mère porteuse · Procréation médicalement assistée

Abstract Becoming parents through altruistic surrogacy is a complex parenting in many aspects. The fertility center of CHU Saint-Pierre of Brussels has been providing this type of care for over 20 years despite the absence of a specific legal framework. It shows the importance of a multidisciplinary counseling and screening. Over time, the team has developed its medical and psychological care through exchanges both between professionals and with patients.

Keywords Surrogacy · Gestational carrier · Assisted reproductive technologies

Introduction

Le recours à la gestation pour autrui (GPA) est un sujet délicat et qui fait l'objet de nombreuses controverses et débats houleux tant dans le grand public que dans le monde médical.

Les personnes qui ont choisi de devenir parents en recourant à une GPA altruiste et les femmes qui ont décidé de les aider dans ce parcours (les « mères ou femmes porteuses ») témoignent toutes d'un parcours long et complexe, mais aussi d'une aventure bouleversante, pleine d'humanité et de solidarité.

Les équipes soignantes qui les accompagnent dans ces projets sont elles aussi marquées dans leur pratique par ces prises en charge qui restent exceptionnelles, mais qui sont toujours chargées d'émotion et riches d'enseignement.

Depuis plus de 20 ans, l'équipe du centre de procréation médicalement assistée (PMA) du CHU Saint-Pierre à Bruxelles accompagne de tels projets, et ce témoignage a pour but de partager son expérience d'une prise en charge pluridisciplinaire et de son évolution au fil des ans [1,2].

Contexte médicojuridique de la GPA en Belgique

D'un point de vue juridique, on peut résumer les positions adoptées par les différents pays du monde de la manière suivante : prohibition, absence de réglementation, autorisation avec encadrement de la technique (mais pas toujours de la filiation) et permissivité (menant à des GPA à caractère commercial) [2].

En Belgique, il n'existe aucune réglementation spécifique à la GPA. La loi du 6 juillet 2007 relative à la PMA et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes n'aborde pas la question de la GPA. Par contre, la GPA commerciale est bien prohibée dans le droit belge, et la convention de GPA est frappée de nullité absolue [3].

En pratique, cela signifie que les prises en charge de GPA non commerciales ne sont pas interdites par le droit belge, mais que rien n'est prévu pour l'établissement de la filiation après accouchement d'une mère porteuse. La femme qui accouche est toujours la mère légale de l'enfant. Le père d'intention pourra faire une reconnaissance en paternité si

C. Autin (✉)
Centre de procréation médicalement assistée,
département de gynécologie-obstétrique,
CHU Saint-Pierre, 322, rue Haute,
B-1000 Bruxelles, Belgique
e-mail : candice.autin@stpierre-bru.be

la mère porteuse n'est pas mariée (si elle est mariée, son mari devra faire un désaveu de paternité). La mère d'intention devra quant à elle faire une procédure d'adoption pour devenir la mère légale de son enfant. Elle ne peut entamer cette procédure que deux mois après la naissance lorsque la mère porteuse a confirmé son souhait de renoncer à ses droits de mère.

La confiance entre les parents d'intention et la mère porteuse est donc primordiale et indispensable dans ces situations.

Cette « insécurité juridique » et la rareté des indications de recours à la GPA expliquent que cette pratique reste peu répandue dans les centres de fertilité belges.

Les centres qui ont choisi d'accompagner ces demandes ont développé des prises en charge multidisciplinaires permettant un accompagnement juridique, médical et psychosocial des différents intervenants afin de sécuriser tant les patients que les équipes soignantes.

Il est important de préciser que les centres de fertilité belges ne prennent en charge que les situations de GPA pour lesquelles la mère porteuse n'est pas la mère génétique de l'enfant à naître (appelées aussi « maternités de substitution de haute technologie ») [1].

Prise en charge multidisciplinaire des GPA au CHU Saint-Pierre

Lors du premier contact avec notre centre, les patients avec une demande de recours à la GPA seront informés par le secrétariat de la nécessité d'une indication de recours à la GPA et des critères médicaux minimums auxquels doit répondre leur candidate mère porteuse [1]. Concernant la candidate mère porteuse, il est précisé aux patients que seule la GPA non commerciale est admise et que notre centre n'assure pas de mise en relation des parents d'intention avec des candidates mères porteuses [4]. Si un don d'ovocyte est nécessaire en plus de la GPA, le couple devra également trouver une donneuse d'ovocytes (don dirigé), notre centre ne fonctionnant pas avec une banque d'ovocytes.

Ensuite, les parents d'intention et leur candidate mère porteuse (et son éventuel conjoint) sont invités à effectuer une consultation auprès d'un juriste spécialisé en droit familial afin d'être correctement informés des difficultés juridiques liées à leur demande de GPA et à leur situation familiale personnelle.

Après cela, les différents protagonistes (parents d'intention, mère porteuse et son éventuel conjoint mais aussi donneuse d'ovocyte lorsque cela s'avère nécessaire) vont être reçus à plusieurs reprises par le gynécologue et la psychologue ou psychiatre du centre de PMA. Ces entretiens vont permettre d'aborder en profondeur tous les aspects et les difficultés spécifiques à ce projet parental pour chacun des

intervenants tant au niveau médical que juridique, psychologique ou éthique.

Enfin, le projet sera présenté lors de notre réunion multidisciplinaire mensuelle qui regroupe tous les soignants de la PMA qui vont être impliqués de près ou de loin dans la prise en charge (gynécologues, infirmières, embryologistes, psychologue et psychiatre). Une décision collégiale d'accompagnement ou de non-accompagnement sera prise lors de cette réunion. Parfois, l'avis d'autres spécialistes pourra être sollicité (internistes, pédiatres, infectiologues, etc.).

Cette décision et ses motivations en cas de refus seront communiquées au couple d'intention par le gynécologue lors d'un rendez-vous en consultation.

En un peu plus de 20 ans, nous avons ainsi reçu 231 demandes de prise en charge, 104 ont été abandonnées (45 %), 50 refusées (22 %) et 77 acceptées (33 %) (Fig. 1).

Parmi les 45 % de projets abandonnés, les raisons majoritairement invoquées sont une crainte ou un découragement par rapport à la lourdeur et à la complexité du processus, un désistement d'une des parties ou la survenue d'un changement au niveau familial ou personnel d'un des protagonistes.

Parmi les 22 % de demandes refusées, plus de la moitié le sont en raison d'un risque médical ou psychosocial évalué trop important pour la mère porteuse (Tableau 1).

En ce qui concerne le pays d'origine, les couples français représentent la moitié des demandeurs (Tableau 2).

Dans plus de 90 % des cas, le couple intentionnel et la mère porteuse sont liés de longue date par un rapport affectif, familial ou amical fort (Tableau 3).

L'absence d'utérus est dans plus de la moitié des cas l'indication de recours à la GPA (Tableau 4).

Devenir des demandes de GPA (1997 à 2020) (231 demandes)

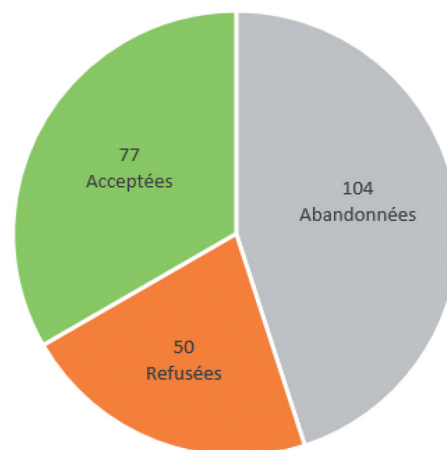


Fig. 1 Devenir des demandes de GPA faites au CHU Saint-Pierre entre 1997 et 2020

Tableau 1 Motifs de refus des demandes de GPA faites au CHU Saint-Pierre de 1997 à 2020

Motif refus (<i>n</i> = 50)	Nombre
Fragilité psychologique et/ou sociale de la mère porteuse	20
Indication de GPA non établie	15
Risque médical pour la mère porteuse	7
Manque de transparence dans le projet	5
Nécessité d'un don d'ovocyte associé	2
Risque médical mère intentionnelle	1

Tableau 2 Pays d'origine des demandes de GPA faites au CHU Saint-Pierre de 1997 à 2020 (*n* = 231)

Belgique	107
France	103
Pays-Bas	13
Allemagne	3
Espagne	3
Luxembourg	1
Portugal	1

Tableau 3 Nature des liens entre mères intentionnelles et mères porteuses (données du CHU Saint-Pierre de 1997 à 2020)

Nature du lien (<i>n</i> = 76)	Nombre	Pourcentage
Sœurs	23	30
Belles-sœurs	13	17
Cousines	7	9
Amies proches	25	33
Rencontres via Internet	7	9

Tableau 4 Indications des demandes de GPA acceptées au CHU Saint-Pierre de 1997 à 2020

Indications (<i>n</i> = 77)	Nombre	Pourcentage
Hystérectomies	22	29
Syndromes de Rokitansky	21	24
Utérus non fonctionnels (Asherman, myomatose)	11	14
Contre-indications à la grossesse	11	14
Échecs répétés de FIV	9	12
Fausses couches à répétition	2	3
Couples d'hommes	1	1

Concernant les résultats des traitements entrepris, on constate des chiffres similaires à ceux de la fécondation in vitro en général (Tableau 5).

Tableau 5 Résultats des fécondations in vitro pratiquées au CHU Saint-Pierre entre 1997 et 2020 pour des gestations pour autrui

Âge moyen des mères intentionnelles	34 ans
Âge moyen des mères porteuses	34 ans
Nombre de fécondations in vitro débutées	127
Nombre de transferts d'embryons	124
Taux de grossesse clinique par transfert	33 %
Taux d'accouchement par transfert	25 %
Nombre d'accouchements	31
Nombre de bébés nés	32

Pour les 31 situations ayant mené à un accouchement nous n'avons dû faire face à aucun problème majeur tant au niveau médical qu'au niveau psychosocial ou juridique. Les 32 bébés nés ont été pris en charge dès la naissance par leurs parents d'intention et même si les procédures légales pour établir la filiation ont souvent été longues et pénibles, elles ont toujours abouti positivement.

Évolution dans le temps des prises en charge

À la fin des années 1990, l'équipe du centre de PMA va être interpellée par un couple français ayant vécu un drame obstétrical et sollicitant le recours à une GPA, pratique interdite dans leur pays de résidence. Après avoir rencontré ce couple, leur candidate mère porteuse et leur médecin traitant, l'équipe va réfléchir pendant plusieurs mois afin de décider si elle souhaite assumer cette pratique pour laquelle il n'existe pas de cadre juridique spécifique en Belgique.

Elle décide finalement de se lancer et d'élaborer une procédure respectueuse de chacun des intervenants et permettant de les accompagner dans ce processus tout en leur assurant une sécurité maximale [1].

Notre équipe a toujours refusé d'établir une liste de critères d'acceptation ou de refus. Toutes les situations sont discutées au cas par cas, en tenant compte bien entendu des éléments médicaux obtenus lors de l'anamnèse, mais surtout en appréciant comment les différents intervenants se projettent dans cette future grossesse « partagée ».

Jusqu'en 2015, nous avons refusé les situations où un don d'ovocyte était requis en plus de la GPA. En effet, pour l'équipe, ajouter un don de gamète à une GPA représentait une complexité trop importante. En 2015, la majorité de l'équipe a estimé se sentir désormais confortable avec les demandes de GPA incluant aussi un don. Depuis ce changement, nous pouvons désormais accompagner les couples d'hommes dans leurs projets de GPA.

Depuis le début de nos prises en charge de GPA, nous sollicitons les retours d'expériences tant des parents d'intention que de la mère porteuse et de sa famille. Ces témoignages nous ont permis d'enrichir progressivement nos entretiens médicaux et psychologiques et d'en faire bénéficier les patients.

Au fil des ans, nous nous sommes également rendu compte de l'importance d'obtenir la collaboration d'une équipe médicale soutenante dans la région de résidence des patients. En particulier pour nos patients originaires de France, la prohibition de cette pratique dans leur pays est un facteur majeur d'anxiété tout au long de leur parcours. Nous demandons donc désormais à tous nos patients démarquant une prise en charge avec GPA de s'entourer de professionnels de proximité acceptant de s'engager avec eux dans cette procédure.

Depuis le départ, nous encourageons aussi les patients à se faire accompagner au niveau psychologique pendant toute la durée du processus et également pendant le post-partum, période souvent délicate pour la mère porteuse. Il y a quelques années, nous avons décidé de systématiser cet accompagnement psychologique de la mère porteuse pendant toute la durée de la grossesse et du post-partum sous forme d'entretiens téléphoniques [1].

Enfin, il apparaît clairement que les situations de GPA qui restent exceptionnelles et « hors-normes » entraînent une implication et un engagement très importants de notre équipe. Il est primordial pour nous que l'ensemble de l'équipe adhère à ces demandes parce que notre équipe se sent investie d'une réelle responsabilité dans ces prises en charge [4].

Conclusion

Il est indiscutable que devenir parents par une GPA est une démarche complexe et qui nécessite un encadrement et un accompagnement pluridisciplinaires rigoureux. En plus de 20 ans de pratique, notre équipe a pu faire évoluer sa prise en charge de ces situations grâce entre autres aux retours d'expérience des patients, mais aussi grâce aux nombreux échanges entre les différents professionnels impliqués dans ces situations exceptionnelles et très intenses émotionnellement.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Autin C (2013) Gestation pour autrui : expérience d'un centre belge de procréation médicalement assistée. In: Schamps G, Sosson J (eds) La gestation pour autrui : vers un encadrement. Bruylant, Bruxelles, pp 9–21
2. Autin C (2016) Gestation pour autrui : bilan de l'expérience européenne. *Med Reprod Gynecol Endocrinol* 18:85–90
3. Gallus N (2013) La validité de la convention de gestation pour autrui en droit belge actuel. In: Schamps G, Sosson J (eds) La gestation pour autrui : vers un encadrement. Bruylant, Bruxelles, pp 181–93
4. Malmanche H (2018) Les blouses blanches dans la zone grise. L'exemple d'une pratique médicale de gestation pour autrui, entre silence législatif et jurisprudence compréhensive. In: Côté I, Courduriès J, Lavoie K (eds) Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action. Presses universitaires du Québec