



SUCCESS

Surrogacy center & IVF clinic



VOIE RÉUSSIE À VOTRE ENFANT:

guide psychologique pour les participants au processus
de maternité de substitution

Écrit sous la direction de: Success Représentation
internationale des cliniques de fertilité et de FIV,
de maternité de substitution et de don à Chypre

Zhydko Maksym

- Docteur en sciences psychologiques, psychologue et psychothérapeute

Viktoriia Tsokota

- Docteur en sciences psychologiques, Chef du département international «Success» – représentation internationale des cliniques de reproduction et de FIV, maternité de substitution et don

Ce manuel a été créé sous la direction des chercheurs scientifiques de la société Success pour tous les participants au processus de maternité de substitution – les parents potentiels et leurs familles, afin de les aider en voie d'une parentalité réussie. Le manuel aidera à surmonter les barrières psychologiques et les stéréotypes, à dissiper les mythes et les peurs en voie de leur enfant et à soutenir les futurs parents à toutes les étapes du programme.

Allez à votre rêve, croyez en résultat et réussissez votre parentalité!

SOMMAIRE

SECTION 1. MATERNITÉ DE SUBSTITUTION EN TANT QUE PHÉNOMÈNE CULTUREL ET PSYCHOLOGIQUE	3
1.1. Bref historique du développement des technologies de maternité de substitution	3
1.2. Mythes et stéréotypes à l'égard de maternité de substitution gestationnelle	12
1.3. Aspects éthiques et juridiques de maternité de substitution gestationnelle	21
SECTION 2. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DU PROGRAMME DE MATERNITÉ DE SUBSTITUTION GESTATIONNELLE (MSG)	32
2.1. Comment déterminer sa préparation psychologique à la MSG?	32
2.2. Préparation psychologique et pratique des parents potentiels à la naissance d'un enfant grâce à la technologie de la MSG	43
2.3. MSG et ambiance social des futurs parents: soutiens et oppositions	60
2.4. Préparation psychologique de la porteuse gestationnelle	68
SECTION 3. MSG DANS DIFFÉRENTS TYPES DE FAMILLES	79
3.1 Particularités de la MSG dans les familles de même sexe	79
3.2 Particularités de la MSG en cas de parent autonome	87
SECTION 4. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PENDANT LA PÉRIODE POST-PARTUM	101
4.1 Quand et comment en parler à votre enfant?	101



SECTION 1. MATERNITÉ DE SUBSTITUTION EN TANT QUE PHÉNOMÈNE CULTUREL ET PSYCHOLOGIQUE

1.1. Bref historique du développement des technologies de maternité de substitution

Pour la plupart des gens, tout au long de l'histoire de l'humanité, la possibilité d'avoir leurs propres enfants a toujours été considérée comme l'un des éléments importants du bonheur et des principaux objectifs (raison) de la vie. Malheureusement, pour diverses raisons, tout le monde ne peut pas devenir parent biologique (d'après certaines données, jusqu'à 20% des couples hétérosexuels ne peuvent pas concevoir un enfant par voie naturelle jusqu'à présent¹; étant

¹ D'après les données statistiques ouvertes de l'Organisation mondiale de la santé, sur Terre, «près d'un couple sur cinq ne peut pas concevoir un enfant par voie naturelle».

donné le niveau du développement de la médecine, on peut supposer sans crainte que plus on avance dans l'histoire, plus ce pourcentage était élevé). C'est pourquoi, depuis la nuit des temps, l'homme a essayé de contourner en totalité ou en partie cette limitation naturelle, en explorant différentes voies et en inventant constamment de nouvelles méthodes et technologies.

En bref, elles peuvent être divisées dans les types suivants:

1. Métaphysiques – celles tournées à l'aide de forces surnaturelles (amulettes et rituels magiques, prières individuelles et de groupe, pèlerinages aux lieux saints, vœux, etc.);

2. Pratiques d'expérimentation préscientifique- calculs astrologiques, homéopathie, alchimie, régimes spéciaux, gymnastique, positions sexuelles exotiques, diverses méthodes physiques pour influencer le système reproducteur féminin (saignée, stimulation à des températures extrêmes, massages avec divers appareils, chocs électriques, etc.), sources curatives, etc. Il s'agit notamment de ce que l'on

appelle parfois la **maternité de substitution traditionnelle** (MST) – utilisation du matériel génétique ou du corps d'une autre personne pour donner naissance à un enfant. Ainsi, le Code du roi Hammourabi stipulait qu'une femme stérile qui souhaite avoir des enfants doit donner à son mari un esclave pour perpétuer la lignée familiale. En ce qui concerne le peuple africain Kikuyus, pour qu'une veuve hérite des biens de son défunt mari, elle devait avoir un enfant; sinon, elle pourrait le concevoir d'un autre homme, et si l'âge ou la santé ne lui permettent pas de porter et d'accoucher elle-même, alors «embaucher» une femme à cet effet (qui était considérée comme l'épouse du défunt, puisqu'elle avait été embauchée à aux dépens de



ses biens). Le British Museum contient une fresque, créée sur le mur d'un des temples indiens en 599 av. J.-C., représentant une divinité en forme de cerf qui prend le fœtus d'une femme et le transfère à une autre. C'est une illustration de la légende de la conception du fondateur du jainisme, Mahavira: par mégarde des dieux, Mahavira fut accidentellement conçu dans le ventre d'une femme mal née; lorsque cela fut découvert, l'un d'eux – une divinité à tête de cerf – dut prendre, comme le dit la légende, dans la nuit le fœtus d'une femme enceinte et le transférer dans le ventre d'une autre femme d'hautes classes. Dans la Rome antique, les hommes louaient leurs femmes (pratique dite du ventrem locare) à des couples stériles, et l'enfant né avec l'aide d'une telle mère «embauchée» était par la suite l'enfant légitime de ce couple. Le traité de Plutarque «Conduites méritoires de femmes» contient une description: «Stratonice savait bien que son mari désirait des enfants légitimes pour leur laisser le trône mais, comme elle était elle-même stérile, elle le persuada d'avoir des enfants avec une autre femme et de lui permettre de les faire passer pour siens. Déjotaros admira sa proposition et lui donna carte blanche, et elle a choisi parmi les captives une belle jeune fille, qui s'appelait Electre, l'unit à Déjotaros et éleva dans la tendresse et la magnificence les enfants nés de cette union, comme s'ils étaient ses propres enfants légitimes». L'Ancien Testament (Genèse 16) raconte l'histoire d'Abram et de Sarai, qui est devenue à plusieurs reprises le sujet de nombreuses œuvres d'art: «Et Sarai dit à Abram: Voici, l'Éternel m'a rendue stérile; viens,





*Sarah amène Agar à Abraham.
Adriaen van der Werff (1659–1722)*

je te prie, vers ma servante; peut-être aurai-je par elle des enfants. Abram écouta la voix de Sarai». Il est clair qu'une telle sélection de mères porteuses était exclusivement subjective, non scientifique, basée sur l'attractivité externe et les données de santé connues à l'époque. Jusqu'à présent, cette pratique reproductive, où la mère porteuse est simultanément donneuse d'ovocytes – cellules reproductrices femelles impliquées dans la reproduction (c'est-à-dire, transfère son matériel génétique à l'enfant) et, après la gestation, le donne à des tiers, reste la méthode officielle dans certains États des États-Unis pour résoudre les problèmes de reproduction. Ce qui est commun à la maternité de substitution traditionnelle, c'est que la parenté biologique partielle, en termes juridiques et psychologiques, s'est révélée secondaire ou insignifiante par rapport à la parenté sociale.



Bas-relief romain antique «La Naissance d'un enfant»

3. Technologies basées sur la méthode scientifique.

Elles commencent en 1677, lorsque l'inventeur du microscope, le Néerlandais A. Leeuwenhoek, après avoir examiné le sperme humain, découvre et décrit les cellules reproductrices mâles – le sperme. En 1783, les premiers chiots étaient nés par fécondation artificielle (insémination), et en 1790, le médecin écossais John Hunter réalisait la première insémination à une femme (en injectant avec une



seringue le sperme du mari dans le vagin de la femme, ce qui conduisait à la conception). Dans les années 40 du XXe siècle, des protocoles de cryoconservation et de stockage des spermatozoïdes ont été développés à Cambridge, et dans les années 50, les premiers protocoles de fécondation et de développement d'embryons in vitro (du tube à essai), c'est-à-dire en dehors de la cavité utérine, a commencé à être testé. Les pères fondateurs des technologies de FIV (fécondation in vitro) étaient deux chercheurs britanniques – le biologiste-embryologue Robert Edwards et le gynécologue Patrick Steptoe, qui, le 10 novembre 1977, ont transféré un embryon à huit cellules, qui a réussi à prendre racine, et le 25 juillet 1978, dans une petite ville d'Oldham (comté de Lancashire), Louise Brown est née – premier enfant conçu in vitro².



2 Le prix Nobel «Pour le développement de la fécondation in vitro» en physiologie et en médecine n'a été décerné qu'en 2010 (soit 32 ans plus tard) à Robert Edwards. Patrick Steptoe n'est pas digne de cet honneur car il est décédé le 21 mars 1988, ce qui est contraire au règlement du prix.



Louise Brown tient dans ses bras des jumeaux du «tube à essai» lors d'une célébration du 25e anniversaire de l'introduction de la technologie In Vitro en 2003. Dans trois ans, elle deviendra mère par voie naturelle, ayant réfuté tous les préjugés.

Le premier enfant selon le programme de **maternité de substitution gestationnelle ou complète** (MSG) – c'est alors que la mère porteuse porte l'embryon des parents biologiques – est né à Ann Arbor (Michigan, États-Unis) en avril 1986. La mère biologique de 37 ans a eu l'hystérectomie et a demandé à son amie de 22 ans, qui avait déjà accouché deux fois sans encombre, de porter sa fille. L'enfant a été conçu in vitro en utilisant le sperme et l'ovule des parents biologiques. En octobre 1987, le premier programme de maternité de substitution entre proches a été mis en œuvre en Afrique du Sud, lorsque Patricia Anthony, 48 ans, a porté et donné naissance avec succès à trois de ses propres petits-enfants pour sa fille Karen Ferreira-Jorge, 25 ans. Karen et son mari Alsino, 33 ans, avaient déjà un fils, mais le couple rêvait de quatre enfants. Cependant, Karen

a eu l'hystérectomie trois ans plus tôt en raison de l'hémorragie abondante après l'accouchement. Ayant pris connaissance des possibilités de la technologie de la MS, le couple a choisi une mère porteuse potentielle, mais a ensuite été contraint de refuser ses services, à cause de peur qu'elle gardera les bébés pour elle. La grand-mère a littéralement insisté pour qu'elle subisse la FIV, 4 embryons lui ont été implantés (sur 11 reçus) et trois d'entre eux ont été implantés avec succès. L'accouchement a eu lieu par césarienne et a été filmé par des journalistes britanniques. Les enfants



s'appelaient David, José et Paula. Selon la loi alors en vigueur en Afrique du Sud, Patricia était considérée comme la mère de triplés, elle a donc dû renoncer à ses droits parentaux au profit de sa fille et de son gendre, qui ont été contraints d'adopter leurs propres enfants. En novembre 2005, la technologie de la MS a été mise en œuvre en Russie en utilisant le sperme d'un père biologique décédé. Andrei Zakharov, dix-neuf ans, a fait don de sperme pour la cryoconservation avant de suivre une chimiothérapie en Israël. La thérapie s'est avérée inefficace et Andrei est décé-

dé sans laisser d'enfants. Sa mère Ekaterina Germanovna a décidé de donner naissance à un petit-fils, et à cet effet elle a utilisé le matériel génétique de son fils.



Ainsi, la MSG est une technologie scientifique moderne incluse dans le spectre des **technologies de procréation assistée (TPA)**, c'est-à-dire toutes les manipulations in vitro avec des ovocytes, des spermatozoïdes ou des embryons humains à des fins de reproduction. Sa particularité est le recours à une mère porteuse gestationnelle ou à un **coursier gestationnel**. Selon la formulation adoptée en 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est «une femme qui tombe enceinte à la suite de la fécondation d'ovocytes appartenant à un tiers par des spermatozoïdes appartenant à un tiers. Elle mène la grossesse à la condition ou selon accord que les parents de l'enfant né seront l'une ou les deux personnes dont les gamètes ont été utilisés pour la fécondation». Ensuite, nous nous concentrerons sur cette technologie.

Malgré le fait qu'au cours de toute l'histoire des TPA, grâce à eux, plus de 5 millions d'enfants sont déjà nés dans le monde (dont, d'après les données de l'ONU, 1,5 million sont nés grâce à la tech-

nologie de la MSG), la mauvaise conscience et l'inertie de la psyché publique produisent régulièrement diverses sortes «d'histoire d'épouvante» et de fausses «sensations», énervant et alors souvent privant les futurs parents d'espoir de bonheur.

1.2. Mythes et stéréotypes à l'égard de maternité de substitution gestationnelle

Les enfants sont un sujet non seulement fondamental, mais aussi psychologiquement très sensible, tant pour l'individu que pour les grandes communautés. C'est pourquoi toutes les innovations concernant tout changement, même le plus minime, dans les traditions historiquement formées, se heurtent à une résistance consciente et inconsciente assez forte, qui se manifeste, entre autres, par la création et la propagation de divers types de fantasmes à leur sujet, prenant la forme de divers stéréotypes sociaux et mythes psychologiques. Plus la société devient informée, plus cette «post-vérité» se propage rapidement et facilement dans l'espace numérique mondial, provoquant des réactions émotionnelles, «érodant» ou dévalorisant complètement l'information scientifique objective et transformant la TPA en un objet de manipulation politique, religieuse et commerciale. De nombreuses personnes souhaitant trouver le bonheur de la parentalité avec leur aide sont obligées de subir des émotions complexes et douloureuses à ce sujet, conduisant parfois même à un traumatisme mental.

Analysons les mythes et stéréotypes psychologiques les plus courants sur la MSG que nous rencontrons dans notre pratique.

1. *L'incapacité d'avoir des enfants pour une personne ou un couple donné est un «fusible» naturel, dont le dépassement menace d'avoir des conséquences désastreuses tant pour l'enfant à naître que pour les parents.*

Cette vision reflète une *pensée magique* à l'égard des forces de la nature auxquelles les motivations et les actions humaines sont attribués. Cela ne dépend pas toujours de l'origine, du niveau d'éducation ou du statut social; une telle explication reflète souvent une défense psychologique contre le désespoir, ainsi que la «bulle

d'information» dans laquelle vit une personne. Par exemple, dans notre pratique, l'un des couples (tous deux ayant l'enseignement supérieur, travaillant dans le domaine de la haute technologie et de l'éducation) était sûre que les tentatives infructueuses de concevoir un enfant étaient dues au fait que leurs ancêtres étaient des bourreaux et des victimes pendant l'Holocauste et l'infécondité est la poursuite du «corps énergétique» de cette tragédie. Les statistiques médicales recueillies au cours de plusieurs décennies d'utilisation réussie de la MSG prouvent de manière fiable qu'il n'y a aucune différence de maladies entre les enfants nés grâce à la technologie de la MSG et les enfants nés de manière traditionnelle.

2. Les personnes, ayant de graves problèmes de bien-être psychologique, recourent à la technologie de la MSG; grâce à un enfant spécialement «conçu», ils satisfont leurs besoins inconscients, pas tout à fait sains.

Ce mythe est un produit de la **technophobie** – une peur ou un préjugé négatif peu conscient à l'égard des nouvelles technologies. Le degré de conscience de la parentalité, la maturité psychologique de la mère et du père, la volonté d'assumer la responsabilité de son développement en tant que personne en bonne santé (physiquement, mentalement, socialement et spirituellement), l'éducation d'une personnalité harmonieuse sont un indicateur important lors de la prise de décision concernant la naissance d'un enfant. En effet, certaines études sur les familles dysfonctionnelles (c'est-à-dire celles qui ne sont pas capables d'accomplir efficacement une ou plusieurs fonctions familiales), les familles avec des malades mentaux, le profilage psychologique de la personnalité des criminels montre que dans certains cas, les parents utilisent leurs enfants pour résoudre leurs propres problèmes, cependant, cela ne dépend en aucune manière du mode de conception, de gestation et d'accouchement. Au contraire, la complexité et la nature en plusieurs étapes de la technologie de la MSG, qui peut inclure (dans certains pays – inclut nécessairement) des tests psychodiagnostiques et des entretiens avec un psychologue professionnel, agit comme une «fusible» supplémentaire contre une parentalité immature. Les problèmes psychologiques des parents en raison de l'incapacité prolongée d'avoir des

enfants sont nécessairement résolus par voie de psychothérapie avant que le couple ne fasse le premier pas sur le chemin de la MSG.

3. La MSG altère de manière irréversible le psychisme des deux parents et de la mère gestationnelle.

La parentalité elle-même est un stress normatif modifiant le mode de vie, la pensée, les sentiments et le comportement habituels. Moins les futurs parents y sont préparés, plus les conséquences peuvent être prononcées. C'est pourquoi la composante psychologique de la préparation n'est pas moins importante que la composante médicale. Si les participants au programme de la MSG y entrent déjà avec des idées de stigmatisation (par exemple, leur propre infériorité ou déficience), toutes les procédures préparatoires nécessaires, la grossesse et la naissance d'un enfant ne feront qu'approfondir et élargir ces problèmes psychologiques. Cela peut être renforcé par les évaluations négatives de la part de proches – parents, amis, experts des médias. Cependant, il ne s'agit pas d'un problème spécifique de la TPA, mais du résultat de la manifestation d'attitudes personnelles et sociales existantes, de complexes culturels, etc. De la même manière, ils peuvent avoir un impact négatif dans le cas d'une naissance traditionnelle d'un enfant, mais par exemple hors mariage. C'est pourquoi il est si important d'évaluer correctement à l'avance la préparation psychologique à la parentalité des participants potentiels et de leur environnement, dont nous avons consacré une sous-section spéciale. De plus, si le coursier gestationnel effectue son travail de manière répétée, alors, comme dans tout type d'activité, une déformation professionnelle se développe – un système de mécanismes de défense psychologique pour l'individu lui permettant de faire face au stress et à l'inconfort provoqués par cette activité. Comme dans le cas, par exemple, des médecins, cela peut être perçu subjectivement comme une manifestation d'impolitesse, d'insensibilité et de fermeture, mais cela permet d'accomplir objectivement leurs fonctions aussi efficacement que possible.

4. L'enfant ressemblera à la MP ou la MP pourra lui transmettre une «mauvaise» hérédité génétique ou psychologique.

Les personnes ayant une pensée magique et un bas niveau d'éducation ont une idée similaire. Le fait est que toutes les caractéristiques

téristiques externes et internes d'un enfant sont déterminées par son génome unique, qui est tiré à 50 pour cent de l'ovocyte de la mère, les 50 pour cent restants du sperme du père. Étant donné que les ovocytes de la mère porteuse ne participent pas à ce processus lorsqu'ils se trouvent dans l'utérus, la connexion pendant la grossesse entre deux organismes d'un même système n'a pas le moindre effet sur le génome de l'enfant. Certains scripts comportementaux, que l'on appelle communément hérédité psychologique, se transmettent lors d'interactions où l'enfant peut copier un adulte ou comprendre son langage, c'est-à-dire à un stade où la MP est absente par définition.

5. Sans grossesse physiologique, la «maternité complète» est impossible et, à l'inverse, la grossesse et l'accouchement forment chez une mère porteuse un tel lien physiologique et psychologique avec l'enfant qu'un parent potentiel n'aura jamais.

Cette idée est basée sur le mythe de *l'instinct maternel* – l'amour unique, omnipotent et dévoué d'une mère de son enfant, déterminé par l'évolution. En effet, une partie du comportement reproductif est héritée par nous d'ancêtres animaux et nous dicte tout à fait inconsciemment certaines actions et expériences (par exemple, nous sommes «automatiquement» émus par des créatures aux proportions déformées – chiots, chatons, ours en peluche; jeux d'enfants à la poupée et «maman et bébé», existant sous une forme ou une autre dans presque toutes les cultures du monde, constituent une partie importante de la préparation à la future parentalité). Dès le début de la grossesse, le corps de la femme (comme celui de toute femelle mammifère) subit de nombreux changements biochimiques qui créent la base biologique de l'amour maternel. Cependant, une personne est capable, quoique partiellement, mais dans une mesure assez forte, d'influencer ses programmes innés; de plus, la présence d'une fondation n'est pas une garantie que l'amour maternel se réalisera pleinement après l'accouchement et le retour de l'équilibre hormonal à l'état prénatal: malheureusement, le nombre d'enfants abandonnés par les mères immédiatement après la naissance (sans parler des affaires pénales) en est une preuve évidente. Par conséquent, les mécanismes psychologiques formés par les modèles so-

ciaux et culturels de maternité existant à un certain moment historique dans des cultures spécifiques sont un déterminant tout aussi important de l'amour maternel. Ainsi, le rôle social habituel de «mère» et «l'amour maternel» correspondant naît dans le cadre du christianisme (c'est pourquoi Noël devient l'une des principales fêtes et le culte de la Vierge Marie naît) et n'est finalement formalisé que à la fin du XVIIIe siècle, lorsque de nombreuses pratiques antérieures de maternité (y compris celles incluant l'infanticide – le meurtre d'enfants³) commencent à être socialement condamnées (par exemple, recourir aux services d'une nourrice, envoyer un enfant dans un internat, etc.), et d'autres, auparavant peu généralisées, sont au contraire encouragées (par exemple, la communication avec un enfant, l'allaitement, etc.). Par conséquent, l'absence de grossesse physiologique d'une mère potentielle ne constitue pas la base biologique de l'amour maternel, mais ne constitue pas un obstacle à la formation de liens psychologiques et à sa mise en œuvre dans le modèle accepté dans sa culture. Une des études menées en 2002 par le Centre de recherche en psychologie familiale et infantile de l'Université de Londres a constaté que les mères porteuses avaient rarement des difficultés à abandonner leur enfant de substitution et que les mères présumées montraient plus de chaleur envers l'enfant que les mères ayant conçu par voie naturelle. L'idéalisation et la romantisation de l'aspect biologique de la grossesse ont pour revers

3 Il suffit de rappeler le conte de fées «Le Petit Poucet» de Charles Perrault, lu aux enfants jusqu'à présent: «Il était une fois un bûcheron et une bûcheronne qui avaient sept fils: deux jumeaux de dix ans, deux jumeaux de neuf ans, deux jumeaux de huit ans et le plus jeune n'en avait que sept.<...> Le bûcheron était très pauvre et la famille ne mangeait pas à sa faim. Un jour, il y a eu une sécheresse et toute la récolte était morte. La famine régnait partout. Un soir, le bûcheron dit à sa femme :

- Qu'est-ce qu'on fait? J'aime mes fils, mais mon cœur me fend de pitié quand je les vois mourir de faim. Demain, nous les emmènerons dans le fourré de la forêt et les y laisserons.

- Non! Ce serait trop cruel, s'écria sa femme. Elle comprit qu'il n'y avait nulle part où trouver de la nourriture, mais elle aimait follement ses chers fils.

- Ils ont une chance de se sauver dans la forêt, a déclaré le bûcheron. - Et à la maison, ils mourront certainement.

Sa femme s'est mise à pleurer et a accepté.

<...>

Le lendemain matin, le bûcheron conduisit ses fils loin dans la forêt.

<...>

La joyeuse famille vécut à nouveau heureusement. Mais bientôt l'argent s'épuisa et le bûcheron retomba dans le désespoir. Il a dit à sa femme qu'il emmènerait à nouveau les enfants dans la forêt, mais cette fois plus loin et plus profondément. Petit Poucet entendit à nouveau leur conversation. Il décida de reprendre les pierres, mais n'y parvint pas, toutes les portes étant verrouillées.

Le lendemain, avant de partir, maman leur a donné du pain pour le petit-déjeuner».

la diabolisation et la stigmatisation des mères porteuses, qui sont décrites comme des marchandes en «saintes».

À son tour, la grossesse d'un coursier gestationnel s'accompagne de réactions assez fortes de la part de son système immunitaire, car l'enfant est génétiquement complètement différent (contrairement à son propre enfant, ayant seulement la moitié de gènes étrangers). La grossesse peut être plus difficile et cela affecte également l'attitude psychologique de la mère porteuse envers le fœtus.

De plus, la préparation psychologique à la maternité dépend dans une large mesure de l'expérience de l'enfance des relations de la mère potentielle avec sa propre mère (dont nous parlerons dans une sous-section séparée). Une femme enceinte ayant une expérience aussi négative et n'ayant pas suivi une psychothérapie aura probablement plus de problèmes avec «l'instinct maternel» qu'une mère potentielle ayant une expérience positive mais n'ayant pas sa propre grossesse.

Dans notre travail avec des parents potentiels, nous utilisons souvent la **psychoéducation** (éducation psychologique), en reprenant les idées du pédiatre et psychanalyste britannique Donald Woods Winnicott. C'est lui qui a détruit l'idéalisation de la mère qui existait au début du XXe siècle et introduit le concept révolutionnaire d'une **assez bonne mère**, qui commet inévitablement des erreurs en s'occupant de son enfant, mais sait les corriger, tirer des conclusions et essayer différentes approches. Les enfants n'ont pas besoin d'une mère parfaite, mais d'une mère qu'ils peuvent aimer, détester et sur laquelle ils peuvent se remettre. Il lui suffit de prendre soin de l'enfant, d'être à l'écoute de ses besoins, de croire en lui et en elle-même et de se donner le droit à l'erreur. Elle lui crée donc les conditions dans lesquelles il gagne progressivement en autonomie. D'après D. Winnicott, ce sont les soins imparfaits de parents assez bons qui apportent une «déception» à l'enfant, ce qui facilite en fait l'adaptation au monde réel et l'aide à devenir un adulte sain et indépendant.

«Une assez bonne mère n'est pas une mère parfaite et, ce qui est plus important, elle ne s'efforce pas de l'être. Elle sait qu'elle peut se lasser de l'enfant, se mettre en colère, le punir, faire passer ses intérêts et ses désirs en priorité, refuser l'enfant, exiger l'obéissance et ne se culpabiliser sous aucun prétexte».

D.W. Winnicott

Le principal message qu'une telle mère envoie à son enfant est: «Je suis fiable – non pas que je suis une machine parfaite, mais parce que je sais tes besoins. Je prends soin de toi, je veux que tu aies ce dont tu as besoin maintenant. Tu peux être sûr que je suis quelque part à proximité chaque fois que tu as besoin de moi. C'est mon amour pour toi maintenant, alors que tu es si petit et impuissant», - c'est le message qu'une assez bonne mère transmet à son enfant. Elle le transmet avec tout son comportement: la façon dont elle le tient, les battements de son cœur, son odeur, son lait et son haleine. Cela crée la base de la confiance fondamentale de l'enfant dans le monde, d'une attitude créative à son égard et de sa santé mentale.

Une autre idée de D.W. Winnicott – l'idée de holding – l'état mental complexe d'un parent, permettant de «se disposer» à l'enfant et de choisir une manière unique de prendre soin de lui. Le holding se forme lors de l'interaction entre parents et enfant (c'est pourquoi les contacts entre parents potentiels et coursier gestationnel pendant la grossesse sont très importants!) grâce à des connaissances naturelles, «qui ne peuvent être glanées dans les livres». Dans les premières semaines après la naissance, un bébé immature et absolument dépendant a vitalement besoin d'une «figure maternelle» qui soit à proximité presque tout le temps et dont les pensées sont entièrement occupées par lui. Grâce à de telles figures, l'enfant a un sentiment d'identité et son propre «moi».

«Ce que vous faites est naturel car vous êtes entièrement dévoué à l'enfant. Vous ne vous sentez pas anxieux, ce qui signifie que vous ne vous accrochez pas aussi fort que possible à votre enfant. Vous n'avez pas peur de le laisser tom-

ber par terre. Vous sentez comment tenir l'enfant dans vos bras, vous le bercez doucement et, peut-être, dites quelque chose d'une voix douce.

L'enfant ressent le rythme de votre respiration, il est réchauffé par votre souffle, votre corps, et il est heureux dans vos bras. <...> Si vous savez comment gérer un enfant, vous faites – et je pense que vous devriez le savoir – quelque chose d'important. Vous posez les fondements de la santé mentale d'un nouveau membre de la communauté humaine.

Tous les éléments, particules de sensations et d'actions qui forment un enfant particulier, se combinent progressivement, et un moment d'intégration survient lorsque le bébé représente déjà un tout, bien que, bien sûr, un tout hautement dépendant».

D.W. Winnicott

6. Un couple marié ou une famille ne pourra pas pleinement percevoir l'enfant comme propre, puisqu'il était porté par une «autre femme».

Il s'agit d'un mythe qui, outre une mauvaise connaissance de la génétique, a moins à voir avec la technologie de la MSG qu'avec les tentatives visant à rationaliser sa propre inaptitude à assumer ses responsabilités parentales. Le fait est que l'image de la «parentalité» créée dans la culture populaire est souvent déformée vers un maximum de positivité (les bébés sont représentés comme beaux, souriants, calmes, etc.). En réalité, la parentalité est associée à un grand stress physique et psychologique (surtout si l'enfant est malade), à des restrictions sur le mode de vie habituel des parents et à des efforts de toutes sortes (qui n'aboutissent pas toujours à des résultats rapides). Si l'écart entre la publicité ou l'image imaginaire dans l'esprit est suffisamment grand, une «déception» à l'égard de l'enfant peut survenir et des tentatives d'expliquer les raisons de son «défectuosité». Il peut s'agir soit d'une «mauvaise hérédité», soit d'une «mauvaise» naissance. Une aliénation psychologique similaire d'un enfant peut être observée en cas d'adoption d'enfants ou par rap-

port aux enfants d'un(e) partenaire issu d'un précédent mariage.

À cette déception initiale peut ensuite s'ajouter une déception liée à la manifestation de l'individualité de l'enfant.

Comme il l'écrit dans le livre «Loin du pommier. Parents et enfants en quête de son propre «Moi»» Andrew Solomon: «La reproduction n'existe pas. Lorsque deux personnes décident d'avoir un enfant, elles sont engagées dans l'acte de «production», et mot «reproduction», largement utilisé pour désigner ce processus, sous-entendant simplement la fusion de deux personnes, n'est qu'un bon euphémisme pour rassurer les futurs parents avant qu'ils ne réalisent ce qui est tombé dessus. Dans les doux fantasmes inconscients à l'égard de futur enfant, les gens voient souvent en lui une continuation d'eux-mêmes et leur vie, et non une personnalité séparée. N'attendant que le développement ultérieur de nos propres gènes, beaucoup d'entre nous se retrouvent mal préparés à affronter les besoins des enfants eux-mêmes. La parentalité nous implique soudainement et pour toujours dans une relation avec un «étranger», et plus cet étranger est incompréhensible, plus le sentiment de rejet est fort. Nous considérons nos enfants comme une «garantie» que nous ne mourrons jamais. Des enfants qui, en raison de leurs caractéristiques, ne supportent pas cette «fantaisie d'immortalité», est une douleur et une insulte pour les parents; et nous devrions les aimer pour ce qu'ils sont, et non parce qu'ils incarnent nos meilleures qualités – c'est beaucoup plus difficile».

Une circonstance particulière est la présence d'autres enfants dans la famille (par exemple, issus de mariages antérieurs), pouvant utiliser une naissance non conventionnelle en compétition pour l'attention et l'amour de leurs parents. Nous en parlerons également dans la section appropriée.

7. Un enfant né en utilisant la MSG subira un traumatisme psychologique chronique à cet égard.

Toute expérience peut devenir traumatisante si nous ne disposons pas de ressources externes et internes pour y faire face et l'inté-

grer dans l'expérience holistique de l'individu. Des études durables des enfants nés à la suite de la MSG indiquent qu'il n'y a pas de différences statistiquement fidèles dans leur santé mentale par rapport aux enfants nés de manière plus traditionnelle. Très souvent, ce n'est pas le fait de la MSG qui est traumatisante, mais la réaction émotionnelle des personnes importantes à leur égard et leur interprétation de cette technologie. C'est pourquoi il est important de préparer l'environnement social à l'avance, dans la mesure du possible. Nous parlerons du POURQUOI, QUAND, COMMENT informer psychologiquement et intelligemment un enfant qu'il est venu au monde en utilisant de la TPA dans la sous-section correspondante.

Un enfant né en utilisant la MSG ne pourra pas avoir ses propres enfants autrement qu'avec l'aide de la technologie de la TPA.

Une autre «histoire d'épouvante» provoquée par l'analphabétisme biologique. La première enfant-épreuve, Louise Brown, est devenue mère de deux enfants de manière tout à fait traditionnelle.

Une mythologie distincte est constituée de stéréotypes selon lesquels la MSG constitue une violation des droits et une forme d'exploitation des femmes. Comme cela s'est souvent produit dans l'histoire, la religion et les mouvements politiques radicaux (par exemple, les féministes et les conservateurs de droite) s'unissent contre la science. Par conséquent, dans la section suivante, nous examinerons les aspects éthiques et juridiques de la MSG.

1.3. Aspects éthiques et juridiques de maternité de substitution gestationnelle

Toute nouvelle technologie scientifique surgit et existe dans un certain domaine législatif (international et local), le testant avec de nouveaux problèmes éthiques. Nous vivons tous dans une période historique où l'un des problèmes principaux est celui de la bioéthique, survenant et nécessitant sa solution dans le contexte de tout un ensemble de crises systémiques mondiales, parfois appelées d'une manière générique la «tempête parfaite».

L'une de ces crises est la ***deuxième transition démographique***

(concept introduit en 1986 par R. Lesthaeghe et D. van de Kaa) – un ensemble de phénomènes associés à une chute de natalité dans les pays européens en dessous du niveau de remplacement des générations, une augmentation de l'espérance de vie et un changement dans la structure de la population de la Terre. Il est important que l'une des manifestations de cette transition est que la place d'une forme unique et standard de famille est remplacée par des formes pluralistes, la prévention de la conception accidentelle cède la place à la conception intentionnelle en tant qu'élément d'accomplissement de soi des parents, et le centre de la vie familiale n'est pas l'intérêt de l'enfant, mais celui des parents («passage de l'ère de l'enfant-roi avec enfants à l'ère du couple royal avec enfant»).

Dans ce contexte, la réglementation juridique de la TPA est déterminée par le résultat de l'interaction de nombreux facteurs différents – les institutions sociales existantes, l'attitude du public à l'égard de la reproduction, les tendances à la mode⁴, l'activité des médecins, les groupes religieux, les mouvements de femmes, les militants civils, etc. En ce sens, la TPA ressemble encore à une équation à plusieurs inconnues. D'une part, il est certain qu'avec leur aide, il est possible de surmonter le problème démographique dans les pays à population en déclin et le problème clinique de l'infertilité au niveau du couple; d'autre part, ils se développent si rapidement que de nombreuses cultures (en particulier celles qui gravitent vers le pôle du traditionalisme) sont dans un état de choc futur (choc dû à l'apparition soudaine du futur), n'ayant pas le temps de comprendre les conséquences de leur propagation et développer une position juridique et éthique moderne et pondérée, en se défendant de manière traditionnelle. Ainsi, aujourd'hui, presque partout, la MSG représente un vaste enchevêtrement de problèmes éthiques et juridiques, souvent pas toujours liés à la TPA elle-même (par exemple, les attitudes à l'égard du divorce, de l'avortement, des questions

4 Les médias mondiaux font régulièrement sensation des faits leur devenus connus en ce qui concerne l'utilisation de la MSG par les «stars». Ainsi, on sait que les enfants de Tom Ford, Elton John, Elizabeth Banks, Nicole Kidman, Sarah Jessica Parker, Jimmy Fallon, Cameron Diaz et Kim Kardashian sont nés de cette façon. Grâce à cela, un stéréotype est apparu selon lequel la MSG est un caprice des personnes riches, et l'expression «enfants externalisés» est entrée dans l'argot. C'est l'attention des médias, qui rendent publics des cas éthiquement ambigus et qui laissent dans l'ombre les cas réussis, qui conduit à une distorsion particulière de l'optique éthique d'une personne ordinaire.

LGBT, etc.).

Généralement, les opposants et les critiques de la MSG citent les arguments éthiques suivants comme conséquences négatives:

- 1. Du point de vue de l'éthique chrétienne, qui est à la base de la civilisation européenne, l'embryon est une personne. Ainsi, lorsqu'un enfant naît en utilisant de la MSG pour couples de même sexe ou personnes célibataires, ainsi que dans le cas de l'utilisation de matériel de donneur, un acte d'achat et de vente d'une personne a lieu.***

Une telle position peut être en partie compréhensible dans le cas de la MSG commerciale, c'est-à-dire lorsque la mère porteuse reçoit une récompense monétaire après la naissance de l'enfant de la part des parents clients. Mais dans le cas de la MSG altruiste, elle ne reçoit généralement que de l'argent pour les dépenses liées à la grossesse, et ici la logique de cet argument cesse de fonctionner, ainsi que dans le cas de la technologie de FIV. Considérant combien de siècles l'Église chrétienne a justifié (et justifie encore dans certains endroits) la traite des esclaves, la discrimination et l'exploitation des femmes et des enfants, ainsi que ces scandales criminels ébranlant encore de temps à autre les principales confessions chrétiennes, une telle l'évaluation extrêmement morale et catégorique semble très douteuse, moralisatrice et plus prétentieuse aux «ancres» - une tentative de conserver et de préserver le pouvoir dans le domaine de la reproduction (par exemple, une telle interprétation de la technologie scientifique permet de contrôler la capacité d'avoir des enfants pour les couples homosexuels et personnes célibataires).

La sacralisation (déification) d'une femme et sa reproduction servent souvent du paravent à son objectivation, c'est-à-dire la transformation en un objet que seuls son homme, son peuple, son pays sont autorisés à utiliser à des fins sexuelles ou pour la procréation. Il lui est impossible de gérer de manière indépendante selon le principe «mon corps, c'est mes oignons», tout comme il est impossible d'accorder ce droit à autrui.

Nous reconnaissons qu'aucune technologie scientifique n'est absolument protégée contre une utilisation à des fins criminelles. De tels risques sont également possibles en cas de la MSG. Un exemple

est l'histoire du bébé Gummy, où un couple australien l'a laissé en Thaïlande parce qu'il était né avec le syndrome de Down, mais a emmené sa sœur jumelle en bonne santé. Le tribunal a ensuite statué que l'enfant n'avait pas été abandonné, mais il s'est avéré que l'un des parents avait été reconnu coupable de délits sexuels à l'égard des enfants à plusieurs reprises dans le passé. Comme pour d'autres technologies, de tels incidents permettent de trouver les «failles» et de renforcer encore la défense. Ainsi, après cet incident, ces problèmes dans la plupart des centres de reproduction sont couverts par des dispositions spéciales du contrat.

2. La MSG détruit (rend ambigu) le concept de consanguinité et les identités et statuts sociaux qui en découlent.

On suppose que dans une situation où l'unicité de ce concept est perdue, les enfants peuvent potentiellement subir un traumatisme psychologique ou vivre une crise personnelle en raison d'un manque de clarté en ce qui concerne leur origine et leur relation avec l'un ou l'autre membre de la famille. Un tel conflit éthique n'est potentiellement possible que si, pour des raisons médicales, la MSG utilise du matériel génétique provenant de donneurs appartenant à des proches. Cependant, ces options représentent un pourcentage assez faible de la MSG. De plus, la crise d'identité dans ce cas ne survient pas pour des raisons biologiques, mais du fait que l'identité d'un tel enfant n'est pas suffisamment développée psychologiquement par les parents eux-mêmes. Il faut souligner que les problèmes d'identité associés aux problèmes d'identité parentale sont un problème assez courant en psychothérapie à l'égard des personnes nées de manière tout à fait traditionnelle.

Une autre difficulté réside dans le fait qu'il existe des pays qui considèrent la mère porteuse comme le parent légal, mais il existe également des pays dans lesquels les clients sont considérés comme parents dès la naissance de l'enfant. Théoriquement, une situation pourrait survenir dans laquelle l'enfant n'aurait pas de citoyenneté, puisqu'aucun pays ne le reconnaît comme son citoyen. Par exemple, en 2008, le cas du bébé Manji, né d'une mère porteuse en Inde, a gagné une grande notoriété. Son sort a été laissé dans les limbes après le divorce de ses futurs parents japonais peu après sa naissance. Ni la

mère potentielle ni la mère porteuse ne voulaient prendre la garde de l'enfant. Un père potentiel qui était prêt à prendre la fille n'a pas pu obtenir la garde d'elle en raison des lois indiennes empêchant les célibataires d'adopter des enfants. En conséquence, il n'était pas clair qui était le parent légal de la fille, ni quelle était sa nationalité.

Si des parents potentiels emmènent l'enfant dans leur pays, les autorités de ce pays doivent alors décider s'il convient de reconnaître le contrat conclu dans un autre État et de les reconnaître comme parents officiels. Étant donné que dans la plupart des pays, le bien-être de l'enfant est considéré comme la priorité absolue, c'est le plus souvent que les autorités reconnaissent le contrat.

La Conférence de La Haye de droit international privé envisage actuellement la possibilité de créer des règles internationalement contraignantes permettant aux États de négocier la reconnaissance des droits parentaux à l'égard des enfants nés à l'étranger en utilisant la MSG. Cependant, il est assez difficile de trouver un consensus entre les pays en raison de différences d'approche significatives: les pays qui interdisent ou limitent la MSG sont peu susceptibles de signer un accord qui l'autorise et, à l'inverse, les pays qui l'autorisent peuvent ne pas être disposés à accepter des restrictions. Le paradoxe est que le marché mondial de la maternité de substitution s'est développé en raison des différences entre les lois des différents pays, mais c'est précisément à cause de ces différences qu'ils ne peuvent pas régler efficacement cette question.

3. Inceste possible pouvant provoqué par le matériel du donneur/se dans la MSG.

Il est très important de faire la distinction entre les problèmes de reproduction associés à divers types de pathologies de conception d'un enfant et les pathologies de procréation. La technologie de la MSG vise principalement à résoudre les problèmes liés à la grossesse. La FIV utilisant du matériel de donneur représente un pourcentage assez faible. Seulement dans ce cas, un donneur masculin peut théoriquement être le père biologique de centaines d'enfants qui ne connaissent pas leur consanguinité. La probabilité de leur rencontre et de leur mariage n'est pas nulle, et à la deuxième génération, elle devient plus probable. Cependant, le même problème

n'est pas moins probable (et est observé depuis un certain temps) dans les communautés isolées de différentes parties du globe. Les chercheurs en génétique et les spécialistes de la reproduction développent activement des protocoles spéciaux pour minimiser scientifiquement le risque d'un tel incident lors de l'utilisation de la TPA. Aujourd'hui, une parentalité responsable présuppose, lors de la planification d'un enfant, un dépistage génétique préalable, permettant d'identifier de telles «coïncidences». Nous sommes convaincus qu'à l'avenir, cette procédure deviendra plus répandue et accessible.

4. Divulgarion du secret d'origine peut être psychologiquement traumatisante.

Plus les enfants sont jeunes, plus ils évaluent les informations qui leur parviennent de l'extérieur à travers le prisme des réactions d'un adulte. Si les parents ou l'environnement éprouvent des sentiments névrotiques de peur, de culpabilité, de honte, de tristesse, de colère, etc. associés à «l'irrégularité» de l'origine de l'enfant, cela aura certainement un effet négatif (voire traumatisant) sur lui. Si, après avoir été informé du fait de la MSG, l'enfant devient l'objet des brimades ou d'une autre attitude inappropriée envers lui-même (par exemple, une pitié sans fondement), cela provoquera également un traumatisme psychologique. En soi, l'information sur la grossesse n'a aucun signe négatif initial, tout comme l'information sur le mode de conception (par voie de l'acte sexuel ou FIV) ou l'accouchement par «césarienne». À moins de «nourrir» spécifiquement leur intérêt, les enfants s'intéressent généralement rarement aux «détails techniques» de la grossesse; leur attention est beaucoup plus attirée par le côté romantique des relations de leurs parents pendant cette période. Un autre problème est l'utilisation du matériel du donneur, qui, en cas de situations conflictuelles entre les parents ou avec l'enfant, peut servir d'argument accusateur ou aliénant. C'est pourquoi, avant de choisir une technologie de la MSG en utilisant du matériel donneur, il est très important que les parents potentiels lisent attentivement tout l'aspect juridique du contrat. De plus, pour les enfants individuels pendant les périodes de crise de l'enfance et de l'adolescence, l'idée de matériel donneur/se ou de la MSG peut servir de champ de fantasmes psychologiques et de projections sur le

«parent idéal», dont la découverte et l'acquisition peuvent revenir le «paradis perdu», il est donc très important de fournir des informations complètes et objectives sur la technologie, et de ne pas créer un «conte de fées» agrémenté par les meilleurs motifs.

5. La mère porteuse est en réalité privée de la possibilité de choisir ou fait un faux choix.

En cas de décision spontanée de refuser de remettre l'enfant aux parents biologiques si la loi est de leur côté, le nouveau-né sera retiré par contrainte. Si la législation soutient une mère porteuse, les parents seront obligés de vivre le reste de leur vie avec l'idée que leur enfant vit dans une autre famille et qu'ils n'auront pas le moindre droit sur lui. Il s'agit d'un scénario théoriquement probable, mais pratiquement jamais rencontré en pratique. Mais en raison de sa probabilité, les centres impliqués dans la MSG accordent une grande attention à la sélection psychologique des mères porteuses et à l'élaboration de toutes les nuances éthiques et juridiques à la signature du contrat.

6. Existe-t-il un principe de volontariat sous le seuil de pauvreté et dans quelle mesure la valeur de la vie et de la santé d'une mère porteuse peut être inférieure à la valeur de l'enfant.

L'Inde, qui était le centre de la maternité de substitution jusqu'en 2015, est très révélatrice de ce problème éthique. Chaque année, 25000 enfants «de substitution» y naissent de femmes issues de castes inférieures. En 2012, The Guardian a publié un article intitulé «Les mères porteuses indiennes qui risquent leur vie», qui faisait état du décès de Premila Vaghela, trente ans, originaire d'Ahmedabad. Elle est venue pour un examen, tout à coup des convulsions sont apparues, elle a été emmenée aux soins intensifs et les médecins ont décidé de lui faire une césarienne. Le bébé, né un mois avant le temps, a été admis à l'unité de soins intensifs, tandis que Premila a été transférée dans un hôpital pire, malgré son état critique après un arrêt cardiaque. Le journaliste a conclu: la vie de la mère porteuse passe au deuxième rang, l'enfant est essentiel, pour qui l'hôpital a été payé. «Les mères porteuses signent souvent des contrats

incluant une clause selon laquelle en cas de blessure ou de maladie grave, elles acceptent de maintenir la vie à l'aide d'un appareil pour gestation de l'enfant». L'article se terminait par ces mots: «Dans un pays où des milliers de femmes meurent chaque année en couches, qui regretterait la mort d'une mère porteuse?» En conséquence, en 2013, en Inde, la MSG a été interdite pour la première fois aux couples homosexuels et aux femmes célibataires, et en 2015, à tout le monde. On ne peut qu'imaginer l'essor de l'activité du marché noir.

7. La MSG est une objectivation et une exploitation cachées du corps féminin, entraînant des dommages physiques et mentaux pour la santé.

La militante sociale française Sylviane Agacinski (amie du célèbre philosophe Jacques Derrida et épouse de l'ancien Premier ministre Lionel Jospin) écrivait dans son essai «Corps en miettes» de 2009: «En réduisant le processus de conception exclusivement au sperme et les ovocytes, nous réduisons une personne à une particule biologique <...> Nous séparons la conception de l'amour et de l'expérience érotique. C'est monstrueux de faire de la grossesse une «fonction» et de recueillir les enfants par petits bouts». N'étant pas opposée à la FIV – «après tout, cette technologie ne nous oblige pas à utiliser d'autres personnes» - elle est catégoriquement contre la MSG, la comparant à l'esclavage. «La mise du corps à disposition, son instrumentalisation existent depuis l'Antiquité – c'est l'esclavage, et dans le cas des femmes, elle était souvent de nature sexuelle ou associée à l'accouchement. <...> Une femme doit passer sa grossesse en restant distante, étrangère à ce qui arrive à son corps. La prostitution exige qu'une femme s'abstienne de son propre désir sexuel, en mettant l'organe génital à la disposition du client. Dans ce cas, on demande de transformer toute son existence en instrument pendant neuf mois. <...> Par conséquent, «gestatrice» est la pire insulte pour une femme.

Dans une interview au magazine Elle, elle fait appel à l'impératif kantien selon lequel une personne ne peut être un moyen pour une autre, mais seulement une fin, et soutient que «même le malheur des couples infertiles n'est pas une raison pour transformer les

autres en instruments», c'est pourquoi, les aider «est une dissimulation, si la procédure devient une pratique courante, ça ne se limitera pas aux femmes sans utérus. Et ceux qui luttent pour sa légalisation le comprennent très bien». Agacinski proteste contre la «femme sans utérus» de Sylvie Mennesson et sa fille Valentina, qui a écrit le livre «Moi, Valentina, née par une mère porteuse». Voici ce qu'elle écrit: «Quand Mary, notre mère porteuse, était enceinte de moi et de ma sœur, elle vivait aux États-Unis et mes parents volaient régulièrement vers elle», - écrit Valentina Mennesson, «ils touchaient son ventre, je suis sûre que nous l'avons ressenti. <...> Même si les parents étaient «à l'extérieur», il est important qu'ils se comportent comme des personnes qui attendent des enfants. Ma mère a coupé le cordon ombilical et m'a pris dans ses bras dès que je suis sorti du ventre de Mary». Valentina est convaincue que la maternité de substitution, comme tout travail, doit être rémunérée.

En effet, la grossesse et l'accouchement, même au XXI^e siècle, ne sont pas l'activité la plus agréable et la plus sûre pour le corps. Des complications sont possibles, une certaine «usure» du corps a eu lieu, un stress émotionnel, etc. Cependant, presque n'importe quel travail peut être présenté comme une exploitation et une objectivation. Nous louons tous notre force physique, nos connaissances et nos compétences, le temps de notre vie – et quelqu'un d'autre l'utilise pour atteindre ses objectifs. Le travail enlève souvent une partie de la santé (et nous ne parlons pas seulement des industries dites «insalubres» ou du travail de nuit) et peut mettre la vie en danger (militaire, pompier, etc.). En ce sens, une très petite partie de la population mondiale et même le «milliard d'or» (sur les huit milliards au total) est engagée dans des activités pas déformantes physiquement et mentalement.

Les critiques intolérants de la TPA ont généralement une attitude plus tolérante à l'égard des enclaves religieuses et culturelles, où la femme est encore virtuellement considérée uniquement comme une machine à porter et à élever des enfants. On peut supposer que dans certains cas, il est avantageux pour l'État et le secteur médical, ainsi que pour les consommateurs de services, de promouvoir l'éthique des dons volontaires et désintéressés de leur matériel

biologique, car ils réduisent ainsi leurs coûts. Oui, il peut vraiment s'agir d'un don volontaire pour sauver la vie de quelqu'un, comme toute œuvre caritative peut être un don. Mais cela ne peut pas être imposé par la société d'en haut comme une obligation de donner quelque chose ou comme un impératif de pouvoir le faire exclusivement gratuitement.

La principale métaphore, souvent utilisée dans de telles critiques, est la comparaison entre la MSG et le travail du sexe (prostitution). Cependant, ce n'est pas tout à fait exact. Du point de vue de l'exactitude, la métaphore du don est bien plus correcte. Premièrement, dans les deux cas, nous ne parlons pas d'une activité professionnelle permanente, mais d'une participation limitée dans le temps à un programme médical (un autre exemple – la recherche clinique, où les chercheurs louent également temporairement leur corps, également avec des risques et des avantages possibles pour la santé sous la forme de récompenses financières ou de traitement expérimental). Deuxièmement, les conséquences du don et de la MSG sont positives, ce qui n'est pas si évident dans le cas du travail du sexe.

Le résultat final de ces critiques est considéré comme une condamnation totale et une interdiction de la MSG. Mais l'expérience montre que là où cela est mise en œuvre, cela conduit à «l'ombre» et au marché illégal, avec toute la criminalité inhérente et le manque de protection des intérêts des travailleurs. Les alternatives possibles sont une prévention plus efficace de l'infertilité, des nouvelles technologies scientifiques (par exemple, la gestation hors du corps) et la facilitation de l'adoption d'orphelins.

Les chercheurs Frédéric Varon, Christine Rothmayr et Eric Montpetit (Regulating biomedicine in Europe and North America: A qualitative comparative analysis) ont formulé trois types de politiques de maternité de substitution – prohibitive, intermédiaire et permissive. En conséquence, des conglomérats d'États ont vu le jour dont la législation traite différemment la maternité de substitution.

Dans un certain nombre d'États, la MSG est totalement interdite – Autriche, Allemagne, France, Norvège, Suède, Estonie, certains États américains (Arizona, Michigan, New Jersey).

La MSG non commerciale est autorisée dans d'autres pays:

Grande-Bretagne, Danemark, Israël, Canada, Pays-Bas, certains États américains (New Hampshire, Virginie) et l'État australien de Victoria.

La MSG est entièrement autorisée (notamment commerciale): Ukraine, Kazakhstan, Grèce, Inde, Russie, Biélorussie, Afrique du Sud et la plupart des États américains.

La MSG n'est pas réglementée par la loi en Belgique, en Espagne et en Finlande.

Dans de nombreux pays, une législation stricte (ou opaque) oblige les couples à rechercher des mères porteuses en dehors de leur pays. Ainsi le phénomène du *tourisme de substitution* apparaît.

La Société européenne de la reproduction a formulé les principes fondamentaux auxquels les participants au programme doivent adhérer. Ils sont disponibles sur le lien – <http://www.eshre.eu/>

À la suite de J.G. Payne, E. Korolchuk et S. Mezins, en basant sur le paradigme des droits reproductifs, nous pensons que le statut éthique de la MSG doit être évalué contextuellement, en fonction du fait jusqu'à quel point il est possible dans un contexte donné de:

1. concilier des intérêts potentiellement conflictuels;
2. garantir les droits et les besoins reproductifs de toutes les parties impliquées de manière satisfaisante;
3. établir des relations durables pour les mères porteuses, les futurs parents et les enfants conçus à l'aide de la technologie de la MSG pendant et après la conception, la grossesse et l'accouchement.



SECTION 2. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DU PROGRAMME DE MATERNITÉ DE SUBSTITUTION GESTATIONNELLE (MSG)

2.1. Comment déterminer sa préparation psychologique à la MSG?

Avant de passer à la préparation psychologique à la grossesse, examinons brièvement la préparation psychologique à la parentalité (PPP) en général.

La **parentalité** est une formation personnelle dynamique, complexe, organisée, multiforme, associée à une certaine position sociale et constituée d'un système de pensées, de motivations, d'attitudes, d'expériences, de relations, de valeurs, de significations et de comportements visant à donner naissance à un enfant et à remplir certaines fonctions (soins, éducation, soutien émotionnel,

etc.). Basé sur l'instinct biologique de conservation, ce système est formé et ajusté par le facteur de l'environnement social et culturel (traditions populaires, propagande étatique et commerciale, foi religieuse, espace d'information, etc.), ainsi que par les scénarios familiaux transmis de génération en génération et expérience personnelle des relations avec les parents. Chacun de ces facteurs, indépendamment ou conjointement avec un autre, est capable de déclencher, de renforcer ou d'inhiber certaines structures parentales à un moment donné. Pour chacun des parents au moment de la décision d'avoir un enfant (ou la naissance effective d'un enfant), la parentalité en tant que système a une structure et un niveau de développement uniques. Par conséquent, les compétences parentales se développent au maximum après la naissance d'un enfant dans le cadre d'activités réelles de garde du bébé.

De plus, l'émergence d'un nouveau membre de la famille et la maîtrise des rôles parentaux constituent le plus souvent une crise relationnelle normative (c'est-à-dire faisant partie du cycle naturel de la vie familiale, prévisible). Les couples qui parviennent à atteindre l'intimité sans sacrifier significativement leur autonomie sont plus susceptibles d'accepter sans problème les rôles parentaux.

Les facteurs qui facilitent et accélèrent la maîtrise des rôles parentaux sont:

1) la durée de la période d'assiduités (pas moins d'un an et pas plus de trois ans) et

2) la période dyadique dans le développement des partenariats, pendant laquelle partenaires peuvent se préparer à la naissance d'un enfant et accepter de nouveaux rôles.

Dans le cadre de la nature unique du système personnel individuel de parentalité et de la particularité d'entrée dans une crise normative de la parentalité, les motivations des partenaires peuvent souvent différer essentiellement (ce qui complique sérieusement le travail des spécialistes de la reproduction et conduit à ces conflits éthiques et juridiques spécifiés ci-dessus). Les psychologues distinguent les motifs constructifs de la naissance d'un enfant contribuant au renforcement de la famille, à l'évolution personnelle des conjoints, à la naissance et au développement réussis de l'enfant, et

les motifs destructeurs conduisant aux résultats opposés.

Les motivations constructives comprennent:

- Désir de donner vie à une autre personne avec toute sa singularité et son originalité.
- Réalisation du désir mutuel des partenaires d'avoir un enfant («nous nous aimons et voulons avoir un enfant commun»).
- Appartenance au système familial («continuation de la dynastie»).
- Aptitude psychophysiologique à la parentalité («je veux prendre soin de l'enfant», «je veux ressentir la joie de la maternité», etc.).

Les motifs destructeurs sont les suivants:

- Respect des attentes sociales («être comme tout le monde», «l'âge oblige», «les parents veulent avoir des petits-enfants», «tous les amis ont déjà des enfants», «mon mari voulait profondément un enfant», etc.).
- Une manière de préserver les relations et de garder un partenaire dans le mariage («s'attacher une femme», «recouvrer un mari», «éviter de quitter la famille», etc.).
- Le désir d'éviter la solitude («avoir au moins une personne proche», «se sentir utile à quelqu'un»).
- Créer quelqu'un qui réalisera des plans, des rêves et des aspirations idéalisés non réalisés.
- Une manière de combler le déficit d'amour-propre («au moins quelqu'un m'aimera»).
- Réalisations de pseudo-différenciation de la famille parentale («montrer aux parents que je suis devenu adulte», «a accouché juste pour contrarier tout le monde»).
- Légalisation du mariage («forcer les parents à accepter le mariage»).
- Motivations matérielles («améliorer le logement», «acquérir le statut de famille nombreuse et bénéficier d'avantages», etc.).
- Préserver sa propre santé («la grossesse et l'accouchement rajeunissent le corps»).

- Fuite ou renoncement au passé.

Choisissez un moment et un lieu appropriés pour que personne ne vous dérange, asseyez-vous d'abord seul et analysez vos propres motivations pour avoir un enfant le plus honnêtement possible. Si vous êtes en couple, analysez dans quelle mesure, à votre avis, il existe des motivations destructrices dans les motivations de votre partenaire que vous connaissez. Discutez avec eux, écoutez les commentaires. S'il y a des points qui vous inquiètent, demandez l'aide d'un psychologue professionnel.

Essayez quelques exercices psychologiques plus simples pour comprendre comment votre système de personnalité parentale s'est formé. Ils peuvent être réalisés individuellement ou en binôme.

Exercice «Analyse des scénarios familiaux»

Si vous n'avez pas, essayez de prendre le temps de créer votre propre arbre généalogique ou génogramme – une représentation graphique de l'histoire familiale, qui comprend, outre des informations sur les liens familiaux, des informations sur les maladies somatiques et mentales, les problèmes psychologiques, etc. Essayez d'identifier objectivement certains sujets, crises, etc. récurrentes, en accordant une attention particulière, bien sûr, à tout ce qui touche aux enfants. Après cela, rappelez-vous comment la famille de vos parents parlait des enfants, des histoires de leur naissance? (Très souvent, divers mythes et légendes familiales y sont associés). Avec quelles émotions? En quoi les histoires différaient-elles d'après les différents membres de la famille? Comment parlaient-ils des proches qui n'avaient pas d'enfants? Quoi et comment ont-ils parlé des éventuelles complications de santé associées aux enfants? Y a-t-il des traditions particulières liées à l'accouchement dans votre famille? Si possible de souligner, quel était le message principal de ces histoires (mieux formulé en une phrase, par exemple, «les enfants sont toujours une prise de tête» ou «ma vie est dédiée aux enfants»?

Faites attention si parmi eux il y a quelque chose de similaire aux «12 interdictions et injonctions» soulignées par Mary et Robert

Goulding dans le cadre de l'analyse transactionnelle:

- 1) «Ne vis pas (tire-toi, meurs)»;
- 2) «Ne sois pas toi-même»;
- 3) «Ne sois pas un enfant»;
- 4) «Ne grandis pas (reste petit)»;
- 5) «Ne progresse pas»;
- 6) «Ne fais pas (ne fais rien)»;
- 7) «Ne sois pas le premier (ne sois pas un leader, ne te fais pas remarquer)»;
- 8) «N'appartiens pas»;
- 9) «Ne sois pas proche»;
- 10) «Ne te sens pas bien (ne sois pas en bonne santé)»;
- 11) «Ne réfléchis pas»;
- 12) «Ne ressens rien».

Si vous pouvez en compter au moins trois, avant de passer à la phase de planification d'un enfant, cela vaut la peine de suivre un cours de psychothérapie.

Pensez maintenant comment ces histoires ont influencé votre propre perception des enfants et votre désir d'en avoir? Si vous l'avez fait avec votre partenaire, discutez avec lui des pensées et des sentiments que vous souhaitez. Essayez de répondre honnêtement à la question: pourquoi ne voulez-vous pas discuter de quelque chose? Écoutez ses insights concernant vos propres scénarios familiaux, écoutez les pensées et les sentiments qu'ils évoquent et discutez-en si vous le souhaitez.

Exercice «Analyse des influences culturelles et sociales»

Rappelez-vous de quelle source et comment vous avez appris pour la première fois le processus du potentiel de reproduction (s'il vous plaît, ne réduisez pas cela exclusivement à des informations sur le sexe). Quelles émotions cela a-t-il suscité? Qui (ou quoi, par exemple, un livre, une émission de télévision, l'expérience de naissance d'un frère ou d'une sœur, soins d'un animal en gestation, etc.) ont été vos guides dans le monde de cette information? Vous souvenez-vous de vos premières questions? Restrictions? Craintes? Comment ces idées ont-elles changé au fur et à mesure que vous

grandissiez? Quelle source d'information est importante pour vous que votre partenaire lise? Si vous aviez l'occasion à vous parler étant enfant, que vous diriez-vous aujourd'hui?

Essayez de choisir parmi l'art mondial, quelle peinture, livre, musique, film associez-vous actuellement à la parentalité? Pourquoi?

Connaissez-vous des œuvres culturelles associées à la maternité de substitution traditionnelle ou gestationnelle? Quelles pensées et quels sentiments évoquent-ils? Avec qui en avez-vous discuté ou aimeriez-vous en discuter?

Si vous le souhaitez, partagez-le avec votre partenaire.

Exercice «Image du futur enfant»

Essayez de vous rappeler le moment où vous avez réalisé pour la première fois que vous auriez un jour vos propres enfants. À quel âge est-ce arrivé? Comment l'avez-vous imaginé alors? Avez-vous partagé ces fantasmes avec quelqu'un? Qui était-ce, pourquoi, comment ces gens ont-ils réagi?

Rappelez-vous comment vous avez peut-être joué à des jeux d'enfants associés à l'imitation des activités parentales? Qu'est-ce que vous aimiez faire exactement? Pourquoi? Avec qui aimiez-vous faire ça et pourquoi?

Est-ce que quelque chose a changé dans vos idées pendant l'adolescence? Pensez comment et sous l'influence de quoi ou de qui ces fantasmes ont été clarifiés et précisés?

Comme autre exercice, vous pouvez faire la visualisation suivante.

Détendez-vous, prenez une position confortable et fermez les yeux. Tout d'abord, rappelez-vous quels parfums rappellent d'agréables souvenirs d'enfance. Pour certains, c'est l'arôme des tartes fraîches préparées par maman, pour d'autres, c'est l'odeur de Noël. Essayez de renouveler ces souvenirs autant que cela est possible. Commencez à vous concentrer sur les parfums associés aux personnes proches, telles que les parents, les frères et sœurs, le partenaire, les amis. Après cela, essayez d'imaginer l'odeur du foin aussi autant que cela est possible. Si cela ne dure pas longtemps dans votre imagination la première fois, ce n'est pas grave: essayez

de l'imaginer autant de fois que nécessaire pour qu'il devienne suffisamment stable.

Imaginez alors que vous êtes complètement nu et que vous vous regardez comme de l'extérieur, avec le regard d'un observateur impartial. Visualisez l'utérus (réel ou symbolique) et comment sa taille augmente. Remplissez-le mentalement de foin frais pour sentir son arôme. De la même manière, dans votre imagination, posez un bébé sur le foin, exhalant les arômes de votre enfance.

Examinez le bébé dans tous les détails. Ressentez quelles émotions viennent de lui et que ressentez-vous envers lui? Demandez-lui mentalement: de quelles conditions physiques a-t-il besoin pour grandir? De quelles personnes a-t-il besoin à son côté? Quelle est sa prédestination? Qu'est-ce que l'enfant est venu apprendre de vous et qu'est-il destiné à vous apprendre? Comment pouvez-vous l'aider au mieux?

N'essayez pas d'obtenir toutes les réponses à la fois. Faites cette visualisation plusieurs fois, avec des pauses de réflexion et, éventuellement, de discussion avec votre partenaire, et à chaque fois elles deviendront plus évidentes et précises.

En plus de tout ce qui précède, la préparation à la parentalité est un état particulier de mobilisation des ressources psychologiques et psychophysiologiques d'une personne, lui assurant l'efficacité de l'exercice des fonctions parentales. Dans le cas de la MSG, la spécificité de cette mobilisation est qu'en plus des défis habituels, les parents potentiels sont également contraints de répondre aux défis liés aux indications d'utilisation de cette nouvelle technologie scientifique, aux particularités de sa procédure et l'attitude à son égard existant dans la culture dans laquelle ils vivent. Veuillez noter que selon les observations, la probabilité que des problèmes psychologiques surviennent lors de la procédure de la MSG est moindre lorsque les deux parents potentiels sont les parents génétiques de l'enfant⁵.

5 La participation au programme MSG du donneur peut aggraver considérablement les problèmes psychologiques existants des parents potentiels. Par exemple, pour certains d'entre eux, l'utilisation du matériel biologique d'autrui est un signe de capitulation, de leur propre inconsistance.

Le plus souvent, les indications médicales pour l'utilisation de la technologie de la MSG sont:

- absence de l'utérus ou ses défauts de nature diverse;
- pathologies de l'endomètre interférant avec la fixation de l'embryon;
- antécédents de plus de trois fausses couches;
- trois ou plus tentatives de FIV infructueuses.

Étant donné que chacune de ces indications peut être une cause potentielle de dépression, d'anxiété et d'autres problèmes psychologiques, dans certaines cliniques, une évaluation psychologique préliminaire des parents potentiels et de l'éventuelle mère porteuse est réalisée par un spécialiste agréé. L'objectif principal, outre le diagnostic clinique, est d'évaluer si tous les participants au processus en comprennent pleinement et précisément l'essence, discuter de «sujets difficiles» (par exemple, les risques possibles pour la santé), tester leurs particularités personnelles et tirer une conclusion générale sur leur santé mentale afin de conclure un accord juridique. Le plus souvent il se compose de trois parties: entretien clinique, évaluation de personnalité et rapport.

Lors d'un entretien clinique, un psychologue évalue les parents potentiels et les mères porteuses du point de vue de la stabilité psychologique et d'une compréhension adéquate de leur rôle, de leurs droits et de leurs responsabilités dans le processus de la MSG. Cela comprend généralement des questions sur la vie antérieure, les projets et les attentes, ainsi que la motivation. De plus, l'entretien permet aux personnes interrogées de discuter de leurs préoccupations et de poser toutes les questions nécessaires. Cela dure environ une heure.

L'évaluation de la personnalité est réalisée par des tests standardisés. Il s'agit le plus souvent du Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) ou du Personality Assessment Inventory (PAI). Les deux questionnaires comprennent plusieurs centaines de questions, prennent entre 45 et 90 minutes et fournissent des résultats sous forme de tableaux, de graphiques et de mesures pour une interprétation professionnelle. Dans les centres de reproduction de l'espace post-soviétique, les techniques psychodiagnostiques

suivantes sont également utilisées: afin de déterminer le type d'expérience de grossesse – «Test de relation pour femme enceinte» (TRFE (b)) (I.V. Dobriakov); identifier l'image du futur enfant – techniques de dessin projectif; déterminer la coloration émotionnelle de l'attitude envers la grossesse, l'enfant à naître et soi-même – la technique du «Test de couleur de l'attitude» (E.F. Bazhyn, A.M. Etkind); analyser l'état psycho-émotionnel général – la technique SAH (Santé, Activité, Humeur) (V.A. Doskin, N.A. Lavrentieva, V.B. Sharai, M.P. Miroshnikov); identifier les états dépressifs cachés – une échelle pour déterminer le niveau de dépression (V. Zung, adaptée par T.N. Balashova) et une méthode pour déterminer le niveau de dépression (V.A. Zhmurov).

Le rapport contient une analyse récapitulative finale des informations subjectives obtenues lors des entretiens et des informations objectives obtenues à l'aide de questionnaires. Le psychologue y décrit également d'éventuels problèmes psychologiques et les méthodes de prévention. Le rapport est fourni au client (généralement à une clinique spécialisée dans la résolution de problèmes de reproduction à l'aide de technologies d'assistance), mais n'est pas transmis à la mère porteuse ou aux futurs parents.

Pour les couples homosexuels et les parents potentiels célibataires, des exercices psychologiques seront présentés dans des sous-sections spéciales.

Un indicateur psychologique indirect de la volonté des parents potentiels de donner naissance à un enfant à l'aide de la technologie de la MSG est la mesure dans laquelle ils traversent les difficultés survenant au stade préliminaire, lorsqu'ils subissent de nombreux examens médicaux désagréables et embarrassants. Au cours de ces procédures, ils doivent souvent partager des détails intimes et admettre son «inconsistance» devant l'autrui – médecins, avocats et psychologues.

Le *choix d'une mère porteuse est* aussi une épreuve psychologique difficile. Les mères porteuses peuvent être soit connues auparavant (par exemple, des membres de la famille ou des amis), soit inconnues (qui leur sont présentées par des tiers, par exemple un centre de reproduction). La deuxième option est plus efficace,

car elle dispose d'une base de données plus large et de garanties relatives (basées sur une sélection préliminaire et des entretiens avec les candidats). Pour les parents potentiels, le choix d'une mère porteuse devient l'incarnation de leurs attentes idéalisées, dont le revers peut être à l'avenir de la jalousie ou de la dévalorisation.

Dans la plupart des cas, une femme âgée de 20 à 42 ans peut devenir mère porteuse, qui a eu au moins une grossesse saine sans complications, ayant un enfant vivant avec elle, avec une vie familiale stable, ayant un indice de masse corporelle normal et n'ayant pas d'antécédents de maladies chroniques héréditaires et de contre-indications médicales (y compris l'absence d'opérations sur les organes reproducteurs, de grossesses extra-utérines, de césarienne), menant un mode de vie relativement sain (ne consommant pas d'alcool, de tabac, de drogues récréatives, etc.), mari ou dont le partenaire civil est pleinement conscient et accepte ce type d'activité. D'après les données de certaines cliniques de reproduction, seulement 20% des candidats remplissent pleinement à ces critères.

Puisque la technologie de la MSG est souvent le résultat d'un chemin très long et difficile que les couples ont dû parcourir pour accéder au bonheur de la parentalité, et compte tenu de la période difficile qu'ils doivent encore traverser, au stade du choix d'une mère porteuse, les parents potentiels peuvent inconsciemment se précipiter. Cependant, il ne faut pas le faire. Si la clinique ou l'agence de reproduction le permet, rencontrez la candidate (de préférence en personne). Écoutez vos sentiments émotionnels, peut-être intuitifs. Parlez-lui de ce que cette étape signifie pour elle et des émotions qu'elle suscite. Évaluez la façon dont ses paroles correspondent à ce que vous voyez et ressentez. Comme il est facile pour vous de la contacter.

Discutez des points du futur contrat importants pour vous et pour elle. Par exemple, si un autre groupe de parents potentiels (ou une autre agence) proposait des conditions financières plus attractives, pourrait-elle modifier un arrangement? Vos besoins supplémentaires ou ses dépenses imprévues sont-ils inclus dans l'entretien mensuel ou les payez-vous séparément (par exemple, pour les vitamines et les médicaments prescrits par le médecin)? À quelle

fréquence un examen Doppler sera-t-il effectué? Comment déciderez-vous une question de séjour à l'hôpital? Limites de son comportement pendant la grossesse (par exemple, travail dangereux, possibilité de «petits travaux», restrictions sur l'utilisation de certains aliments, levage de charge, travail sur l'ordinateur, voyages dans les transports en commun, vacances dans d'autres pays, participation à toutes sortes d'activités divertissantes, etc.)?⁶ Une question très importante – doit-elle répondre immédiatement à vos appels et quelles sanctions pourraient être prévues en cas d'ignorance? Responsabilité de maladies infectieuses dues à sa faute? Proximité de son propre enfant malade (et faut-il payer pour son traitement dans ce cas)? Changements possibles de son statut au cours des neuf mois de grossesse (par exemple, déménagement, rénovation d'appartement, divorce, perte d'emploi, etc.)? Hypothétique force majeure avec une clinique ou une agence (par exemple, faillite due à la crise financière mondiale)? Plan d'action (plan B) en cas de problèmes graves de grossesse (fausse couche, grossesse arrêtée, etc.)? Cependant, avec tout cela, il est important de ne pas objectiver la porteuse gestationnelle et de rappeler qu'elle a sa propre vie, un enfant, peut-être une carrière ou un conjoint, dont elle doit aussi prendre soin. Nous en parlerons plus en détail dans une sous-section spéciale.

Et en même temps, soyez prêt à ce qu'aucune conversation, aucun entretien psychologique ou contrat juridique ne peut prévoir et accueillir toute la complexité et la diversité de la vie réelle. Cela signifie qu'au cours de la prochaine année (au moins neuf mois), des problèmes quotidiens plus ou moins complexes surgiront encore

6 Vous ne devriez pas se sentir gêné d'en parler et puis d'écrire dans le contrat même des «détails» aussi importantes pour vous que les vêtements, l'horloge, le régime de la journée, après quelle heure ne sortez pas. Parfois, il est logique de prescrire des choses aussi «étranges» à première vue que si vous devez payer pour son traitement chez le dentiste, les fractures et les brûlures, la rédaction d'unethèse de fin d'études (ou l'achat d'un ordinateur pour rédiger unethèse de fin d'études), l'indemnisation pour perte/vol d'argent. Compte tenu des aspects éthiques et juridiques de la MSG, nous nous sommes concentrés principalement sur la considération de cette technologie du point de vue de l'exploitation de la porteuse gestationnelle, mais, malheureusement, la porteuse gestationnelle peut également exploiter les parents potentiels. À cet égard, certains parents potentiels filment le moment de la conclusion d'un accord sur vidéo, posant délibérément à la porteuse gestationnelle des questions telles que si elle signe cet accord volontairement, s'il y a une influence, des menaces, du chantage à son encontre, si elle est au courant de ce qui se passe, ils veulent qu'elle prononce une phrase affirmant qu'elle est saine d'esprit et a la mémoire claire, qu'elle s'engage à accomplir, etc.

dans vos relations, dans la solution desquels vous serez obligé de vous impliquer, malgré le fait que personne ne résoudra vos problèmes sauf vous.

2.2. Préparation psychologique et pratique des parents potentiels à la naissance d'un enfant grâce à la technologie de la MSG

Si la première étape de la MSG (fécondation de la mère porteuse et consolidation de l'embryon) se déroule avec succès, la période culminante et psychologiquement difficile de neuf mois d'attente de l'enfant commence, tant pour elle que pour les parents potentiels.

Il est clair que les changements physiologiques se produisant dans le corps d'une mère porteuse enceinte la conduisent à des expériences plus familières, et donc plus typiques. Mais même dans le cas des parents potentiels, dont le corps ne change pas, des expériences non moins fortes, bien que moins étudiées, se produisent dans le psychisme, associées au processus invisible de transformation de leur identité (surtout si les deux ou l'un d'eux subissent ce processus pour la première fois). Il est important de souligner que même si les parents potentiels ne subissent pas directement la partie physiologique de la grossesse, avec une certaine inclination psychologique à la sympathie, une imagination développée et une suggestibilité accrue, ils peuvent avec empathie «entrer dans le rôle» et s'identifier à la mère porteuse, que divers phénomènes psychosomatiques peuvent survenir, parfois regroupés sous le nom de *grossesse fantôme*.⁷

7 Chez l'homme, ces phénomènes sont connus sous le nom de syndrome de couvade (fr.-couver). Ce phénomène a été décrit pour la première fois dans un livre de l'anthropologue britannique Edward Burnett Tylor en 1865. Aujourd'hui, bien qu'une définition claire du «syndrome de la couvade» n'ait pas été développée, le terme est utilisé dans de nombreux pays – de la Chine aux États-Unis. Le psychologue Arthur Brennan de l'Université de Kingston (Royaume-Uni) a publié en 2007 un article dans lequel il analysait la condition de 14 hommes qui allaient bientôt devenir pères. Beaucoup d'entre eux se plaignaient de diarrhée, de constipation, de crampes dans les jambes, de maux de gorge, de dépression, d'insomnie, de prise de poids, de perte de poids, de fatigue, de maux de dents, de douleurs aux gencives, qui survenaient simultanément avec des symptômes similaires chez leurs femmes enceintes. Les symptômes étaient plus visibles au cours des premier et troisième trimestres et disparaissaient dans de nombreux cas après la naissance du bébé. Certains symptômes ne sont pas apparus du tout au début; certains, au contraire, se sont poursuivis jusque dans la période post-partum. Quel que soit le moment où un homme a le syndrome de couvade, de nombreux patients ont estimé que cela les qualifiait de faibles. «Au

Les expériences générales accompagnant la grossesse peuvent être regroupées en trois groupes en fonction des relations sous-jacentes:

1. L'attitude envers vos propres changements de vie associés à la grossesse.

Ce groupe comprend des expériences associées à des changements dans la perception de soi à différents niveaux: corporel, cognitif, émotionnel et comportemental. Il n'est pas nécessaire qu'ils se produisent simultanément. Par exemple, la compréhension du fait d'une grossesse ne s'accompagne pas toujours d'une acceptation émotionnelle de cet événement et de changements de comportement. Cela peut s'exprimer par une attitude négative évidente ou cachée envers la grossesse (niveau émotionnel), la dissimulation de ce fait, ainsi que le maintien du même mode de vie (niveau comportemental). Dans le cas d'une mère porteuse, celle-ci est surveillée, dans la mesure du possible, par des spécialistes du centre de reproduction. Dans le cas des parents potentiels, cela conduit au fait que leur préparation psychologique générale à la parentalité (ou la préparation psychologique de l'un d'entre eux) ne se développe pas et reste dans le même état dans lequel elle se trouvait au début de la procédure de la MSG.

Royaume-Uni, paraît-il, le syndrome suscite peu d'intérêt et les hommes avec ses symptômes sont généralement ignorés, ridiculisés et non diagnostiqués», comme Brennana écrit. La dépression masculine post-natale (encore peu étudiée) est également souvent ignorée – les médecins disent souvent qu'il s'agit de simples angoisses d'un nouveau père. Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer le syndrome de couvade: psychanalytique – un homme est jaloux de sa partenaire enceinte, donc il se sent mal; psychosocial – un père aliéné a besoin d'attention à lui-même. Mais la paternité change en fait les hommes sur le plan physiologique. Une recherche menée par Derby Saxbe, psychologue à l'Université de Californie du Sud, montre que devenir père abaisse le niveau de testostérone, et cet abaissement du niveau de testostérone incite les hommes à devenir des pères plus impliqués. Les changements hormonaux peuvent expliquer la prise de poids des pères, ainsi que leur dépression pré et post-natale. Saxbe dit qu'il n'y a pas encore de preuve de l'existence d'une grossesse sympathique, mais il existe des preuves que nos hormones peuvent se synchroniser avec celles d'autres personnes dans notre environnement. Par conséquent, Saxbe appelle le syndrome de couvade un type de manifestation du lien entre l'état physiologique et psychologique des partenaires. Lee Gettler, anthropologue à l'Université de Notre Dame qui a étudié la paternité dans le monde, a suggéré que la façon dont le niveau de testostérone des hommes change lorsqu'ils deviennent pères dépend en partie des normes culturelles concernant la paternité dans un ou autre pays. Tout au long de l'histoire de l'humanité, les pères ont souvent été considérés comme des spectateurs dans l'éducation des enfants. De ce point de vue, une grossesse fantôme peut être non seulement une manifestation de sympathie pour un partenaire ou une tentative subconsciente d'attirer l'attention, mais aussi une manifestation de dissonance entre ce qu'un père moderne vit et ce que la société attend de lui.

Avec différents degrés de conscience, une réévaluation des valeurs et des significations de la vie, des relations avec les autres a lieu. Si la mère porteuse ou les parents potentiels n'acceptent pas de tels changements internes ou seulement démontrent leur acceptation, cela peut susciter des peurs, des anxiétés et des inquiétudes.

À partir du moment de la prise de conscience et de l'acceptation de la grossesse, une attitude contradictoire face à ce fait surgit souvent à des degrés divers: fantasmes effrayants (atteignant parfois la panique) en ce qui concerne les pathologies du développement intra-utérin, l'accouchement futur, le sort futur de l'enfant, l'incertitude de ses capacités à devenir parent à part entière, à surmonter les restrictions imposées par ce rôle (sexuelles, liées au passe-temps habituel, etc.).

Tout cela, ensemble ou séparément, contribue à la création du fond émotionnellement labile de l'humeur, caractérisé par des fluctuations du fond de l'humeur – d'un sentiment d'ennui, de lenteur, de léthargie à la dépression et à une insatisfaction croissante envers soi-même.

2. L'attitude envers l'enfant développant.

Ce groupe comprend des fantasmes et des expériences associés au traitement de l'enfant comme un individu, à l'émergence d'une sorte de dialogue interne avec lui. Souvent, ils contribuent à la régression, à la résurgence de leurs propres traumatismes d'enfance et donnent à tous les participants directs au processus de la MSG (mère porteuse, parents potentiels) une opportunité psychologique de résoudre les conflits passés et actuels entre eux et leurs propres parents, ainsi que d'intégrer leurs idées précédentes dans l'image formée d'un enfant particulier. Ces fantasmes pendant la grossesse influencent les premières réactions de la mère porteuse et des parents potentiels envers l'enfant déjà né.

Les conflits psychologiques liés à sa non-acceptation se manifestent par l'attitude négative envers toute information sur la grossesse et le développement de l'enfant, l'irritation, le désir que «tout cela se termine le plus tôt possible», l'absence de dialogue interne

avec l'enfant ou son remplissage de messages agressifs. Des fantasmes peuvent surgir selon lesquels «une créature dangereuse s'est installée dans mon propre corps», «un parasite suçant le jus d'une femme, la fait laide, la détruit, l'affaiblit». Il arrive souvent que des sentiments agressifs apparaissent envers celui qui a initié l'idée de la technologie de la MSG dans un couple, comme le «coupable» de ce qui s'est passé.

3. L'attitude envers le monde extérieur.

La période de grossesse se caractérise par une sensibilité accrue à ce qui se passe à l'intérieur (il existe même un terme – «orientation égocentrique des femmes enceintes») et une diminution de l'importance des événements dans le monde extérieur. Même parmi les parents potentiels (principalement les mères), lorsque la grossesse se produit uniquement en termes psychologiques. Il existe de nombreux cas connus où la future mère devient capricieuse, exigeante, trop sentimentale, vulnérable, etc., et nécessite donc une attention et des soins particuliers de la part du partenaire et des proches. Si pour une mère porteuse, une telle concentration interne et des changements émotionnels sont tout à fait attendus, alors les manifestations de concentration sur la grossesse et l'enfant à naître et les expériences associées des parents potentiels par leur environnement social peuvent être interprétées comme un changement incompréhensible et pas pour le mieux. À cet égard, dans certains cas, des sentiments d'abandon, de solitude et de méfiance envers les personnes les entourant surgissent.

En plus d'orientation différente des relations, toutes ces expériences ont des styles individuels différents. Les critères décrivant ces styles de vie pendant la grossesse sont:

- expérience physique et émotionnelle du moment de l'identification de la grossesse,
- expérience des symptômes de grossesse,
- dynamique d'apparition des symptômes selon le trimestre de la grossesse;

- ambiance prédominante durant ces périodes;
- expériences du premier mouvement et des mouvements tout au long de la seconde moitié de la grossesse;
- activité au troisième trimestre de la grossesse.

Sur la base de ces critères, G.G. Filippova démarque six *styles de déroulement de la grossesse*.

1. Adéquat. Elle se caractérise par: l'identification d'une grossesse sans émotions négatives fortes et prolongées; sensations corporelles prononcées. Au premier trimestre, il peut y avoir une diminution générale de l'humeur sans épisodes dépressifs, l'apparition d'irritabilité, au deuxième trimestre – un état émotionnel favorable, au troisième trimestre – une augmentation de l'anxiété et sa diminution au cours des dernières semaines. Les activités du troisième trimestre sont axées sur la préparation à la période post-partum. Le premier mouvement du bébé s'accompagne d'émotions positives; les mouvements ultérieurs sont clairement séparés des autres sensations et ne sont pas accompagnés d'expériences somatiques et émotionnelles négatives.

2. Anxieux. L'identification d'une grossesse est anxieuse, avec une peur et une anxiété qui reviennent périodiquement. Les changements corporels sont vécus comme des états douloureux. L'état émotionnel au premier trimestre est très anxieux ou dépressif, au deuxième trimestre il n'y a pas de stabilisation, les épisodes dépressifs ou anxieux se répètent et au troisième trimestre cela s'intensifie. L'activité au troisième trimestre est associée à des craintes quant à l'issue de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum. Le premier mouvement s'accompagne de doutes à long terme, est vécu avec anxiété, peur et sensations douloureuses éventuelles. D'autres mouvements sont souvent associés à des sentiments d'anxiété pour soi-même et pour la santé de l'enfant, souvent interprétés en termes de possibles troubles de la croissance de l'enfant. L'accent est mis sur l'obtention d'informations supplémentaires et de dispensarisation.

3. Euphorique. Tout a une connotation euphorique inadéquate,

il y a une attitude non critique envers des problèmes éventuels de grossesse et il n'y a pas d'attitude différenciée envers la nature des mouvements de l'enfant. Habituellement, vers la fin de la grossesse, des sentiments négatifs concernant les attentes de la période post-partum apparaissent.

4. Ignorant. L'identification de la grossesse se fait trop tard, accompagnée d'un sentiment de contrariété ou de surprise désagréable. Les expériences corporelles soit ne sont pas exprimées du tout, soit l'état est encore meilleur qu'avant la grossesse. La dynamique de l'état émotionnel selon les trimestres n'est pas observée, ou bien il y a une augmentation de l'activité et du tonus émotionnel général. Le premier mouvement est vécu simplement comme quelque chose de physiologique, provoquant une gêne. L'activité au troisième trimestre augmente et s'adresse à des contenus non liés à l'enfant.

5. Ambivalent. Il est similaire au style anxieux, mais sa particularité est l'expérience du mouvement, nettement opposée dans les sensations physiques et émotionnelles, et l'apparition de douleur est caractéristique. L'interprétation des émotions négatives d'une personne s'exprime principalement par la peur pour l'enfant ou pour l'issue de la grossesse et de l'accouchement. Les références à des circonstances extérieures interférant avec la réussite de la grossesse sont caractéristiques.

6. Rejetant. L'identification de la grossesse s'accompagne d'émotions négatives brusques. La grossesse est vécue comme une punition, un obstacle, etc. Le mouvement est coloré de sensations physiologiques désagréables, accompagnées de gêne et de dégoût. Vers la fin de la grossesse, des explosions d'états dépressifs ou affectifs sont possibles.

Afin de former des relations adéquates et un style de vie de grossesse, un travail psychologique professionnel et indépendant régulier est nécessaire tant avec la mère porteuse qu'avec les parents potentiels.

L'un de ses principaux objectifs sont des relations pendant cette période entre la mère porteuse et les parents potentiels. Sur la base

des résultats de la recherche, Jenny Gunnarsson Payne, Elżbieta Korolczuk et Signe Mežinska ont proposé une typologie des relations entre mères porteuses et parents présumés. Ses critères étaient la fréquence et la nature des contacts avant et après la naissance; les attentes des deux parties; le type d'échange lié aux accords de maternité de substitution; et le contexte culturel, juridique et économique.

Le premier type est celui des *relations ouvertes*. Ils se caractérisent par des contacts réguliers, bienveillants et intenses entre les parents présumés et la mère porteuse. Du point de vue du contenu, ils sont remplis d'émotions d'amour, de joie, de solidarité, d'amitié et d'un sentiment d'expérience partagée. Leur fréquence dépend principalement des conditions (par exemple la proximité géographique). Des contacts personnels ont lieu au moins deux fois pendant la grossesse, pouvant être initiés à la fois par la mère porteuse et par les parents présumés. Ce type des relations se caractérise par une ouverture émotionnelle et un contact direct avec peu ou pas d'intermédiaires entre les participants au processus de la MSG. Les parents présumés sont généralement présents à la naissance et la mère porteuse entretient parfois des contacts réguliers avec l'enfant/les parents après la naissance. Dans des relations ouvertes, les deux parties ont à peu près le même niveau d'attentes quant à l'évolution des relations, de sorte que les attentes des deux parties sont généralement satisfaites et les niveaux de satisfaction sont élevés. Un contact étroit avec les parents présumés aide la mère porteuse à concentrer son lien émotionnel sur les parents présumés plutôt que sur l'enfant. Dans certaines situations, une mère porteuse devient comme une amie ou même une parente pour les parents potentiels.

Les relations ouvertes se produisent principalement (mais pas exclusivement) dans des contextes où les disparités de pouvoir sont relativement faibles et où les modèles culturels de la MSG sont à peu près congruents et cohérents avec les attentes et le statut socio-économique de la mère porteuse.

Le deuxième type est celui des *relations limitées*. Dans ce cas, il n'y a généralement aucun contact entre la mère porteuse et les pa-

rents potentiels ou ils sont sporadiques⁸. Très souvent les contacts personnels avant la naissance sont très limités ou absents et une seule rencontre a lieu au moment de la naissance. De telles relations sont en totalité ou en partie contrôlées par des intermédiaires (agence, médecins) et/ou des parents potentiels.

Une relation limitée se caractérise par de faibles attentes concernant la qualité du contact, notamment de la part des mères porteuses. Certaines d'entre elles déclarent directement qu'elles ne sont pas intéressées par des relations permanentes car «leur travail s'est terminé par un accouchement». Une autre option est décrite lorsque les mères porteuses, au contraire, souhaitent plus de contacts et de soutien pendant la grossesse, car cela permet d'être plus consciente et d'accepter pendant la grossesse que l'enfant n'est pas leur, alors que les parents potentiels sont inaccessibles ou indisponibles du tout. Des relations limitées peuvent être particulièrement traumatisantes pour les mères porteuses en cas d'échec de la grossesse.

Dans certains cas, le manque de contact devient un problème pour certains parents potentiels affirmant qu'une telle «grossesse abstraite» émotionnellement distante les empêche de se préparer mentalement à la parentalité.

Les relations limitées sont associées à une concentration sur la compensation monétaire et à de faibles attentes concernant d'autres aspects de la MSG. Les parents potentiels voient souvent une mère porteuse comme un simple employé, c'est pourquoi la plupart des mères porteuses en question ont parlé de leur dégoût face à ce qu'elles ont fait, qu'elles ont été forcées de le faire par les circonstances et qu'elles ne le feraient plus.

Le développement de relations limitées est largement déterminé par les inégalités de pouvoir préexistantes et les conditions du secteur des cliniques de fertilité, par exemple dans les pays du Sud ou dans les régions post-communistes. Ils sont également renforcés par des modèles culturels existants où le statut exalté de la mère porteuse en tant que donatrice du précieux «don de la vie» n'est pas assorti de bonnes conditions, d'une compensation monétaire et/

⁸ Toutefois, dans certains cas, ces contacts peuvent être assez fréquents si la mère porteuse vit avec les parents présumés pendant la grossesse.

ou d'une appréciation et d'un soutien. Ce type de relations reflète des relations dominatrices et de statut très inégaux entre les participants au processus de la MSG.

Le troisième type est celui des *relations structurées*. Ils sont pour la plupart déterminés par les conditions décrites dans le contrat. Il s'agit le plus souvent de contacts planifiés à intervalles réguliers: avant l'accouchement, parfois après l'accouchement (par exemple une carte ou un coup de téléphone occasionnel). Cela pourrait signifier quelques réunions, en personne ou en ligne, initiées par la mère porteuse ou les parents potentiels. Souvent, les réunions sont organisées par une clinique de reproduction mais ne sont pas strictement contrôlées.

Les contrats comprennent généralement:

1. règles de style de vie et restrictions comportementales;
2. règles régissant l'allaitement et la forme de contact «intime» avec l'enfant;
3. règles régissant l'observation, la manipulation et les relations futures avec le nouveau-né.

Ce type de relations s'inscrit dans un modèle culturel visant à atténuer la stigmatisation sociale associée à la MSG et à faciliter le détachement émotionnel de la mère porteuse envers l'enfant. Dans ce cadre, la MSG est considérée comme un type de travail qui doit être payé, c'est pourquoi un contrat légal joue un rôle important dans la manière dont il est organisé. Plus cela inclut des besoins inattendus et changeants, plus la mère porteuse a la possibilité de recevoir le soutien dont elle a besoin. Les attentes de tous les participants au processus sont souvent satisfaites dans une large mesure sur la base de dispositions contractuelles. Ils sont généralement relativement faibles sur le plan émotionnel. Si les attentes émotionnelles changent pendant ou après la grossesse, la marge de négociation est limitée, voire absente.

Le dernier type est celui des *relations intriquées*. Ils se caractérisent par une tendance à élargir les limites établies dans le contrat

ou attendues par l'un des participants au processus, ainsi que par des contacts intenses (tant en fréquence qu'en force des émotions). La mère porteuse et les parents potentiels peuvent communiquer en personne et via les réseaux sociaux. Parfois, la fréquence et l'intensité peuvent augmenter après la naissance, ce qui est généralement initiée par la mère porteuse plutôt que par les parents présumés. Les relations entre les parties sont souvent contrôlées par des intermédiaires, mais seulement jusqu'à un certain point, car après la naissance, il n'y a généralement pas de médiation.

Ce type de relation se produit principalement dans des modèles culturels caractérisés par des déséquilibres de pouvoir, où une faible rémunération pour la MSG s'accompagne de l'idée de la maternité de substitution comme cadeau précieux (par exemple, en Inde ou au Mexique). La mère porteuse se concentre sur le «don de la vie» et suppose que les obligations des parents présumés vont au-delà du contrat, alors que les parents présumés soit ne comprennent pas, soit n'acceptent aucune obligation émotionnelle ou autre non contractuelle, même s'ils peuvent éventuellement céder.

En conséquence, la première chose qu'il est important de décider est laquelle des types de relations décrits ci-dessus entre les participants au processus de la MSG répond le mieux à leurs besoins.

Sur la base de cette définition, rédigez un plan d'action pour chacune des participantes au processus de la MSG pour une période de plusieurs semaines (la durée moyenne de la grossesse). Incluez-y à la fois des éléments obligatoires (par exemple, des consultations avec un médecin, des rendez-vous et des appels avec une mère porteuse, la lecture de la littérature nécessaire, la participation à des cours spécialisés, etc.), et tout ce qui psychologiquement vous permettra d'incarner pleinement l'image d'un des membres du couple pendant la grossesse. Faites une petite recherche entre les personnes de confiance avec l'expérience de parentalité compétente et souhaitable pour vous: comment ont-elles vécu ces neuf mois? Qu'est-ce qui était le plus important pour eux? S'ils parcouraient ce chemin maintenant, que voudraient-ils ajouter ou faire différemment? Lisez le matériel recommandé aux couples en grossesse, regardez des films de vulgarisation scientifique, des films artistiques

et des séries télévisées sur ce sujet, discutez entre eux de vos désirs (quoi qu'ils vous paraissent). Pensez à toutes sortes de détails: de nouveaux vêtements pour un nouvel état, le cercle social souhaité, les restrictions d'information. Plus un tel plan est détaillé et spécifique, plus l'adaptation au rôle choisi sera naturelle et profonde. La mesure pour les parents potentiels est leur motivation à surmonter ce qu'un couple ordinaire surmonte lors d'une grossesse traditionnelle.

Tenez un journal de grossesse (papier ou électronique, ce qui est le plus confortable pour vous) individuellement ou en couple. Commencez à le tenir dès que vous avez appris sur grossesse afin qu'il soit le plus complet possible et puisse ensuite être utilisé (si nécessaire) dans une conversation avec votre enfant. Notez les informations importantes exclusivement pour vous (par exemple, les données biographiques, l'historique des relations amoureuses, comment vous avez choisi une mère porteuse, ce que vous avez ressenti lorsque vous avez appris qu'il s'agissait d'une grossesse réussie, comment vous avez choisi un nom pour le bébé à naître, acheté des vêtements, etc.). Écrivez quand vous le souhaitez. Permettez-vous d'écrire autant que vous le souhaitez. Ne considérez pas la tenue d'un journal comme une obligation; c'est simplement un moyen de documenter une période importante de votre vie. N'oubliez pas qu'en jetant ce qui vous inquiète «sur papier», vous le retirez de vous-même et obtenez la possibilité de le regarder de l'extérieur. Cela aide souvent à surmonter les pensées et les émotions difficiles, voire impossibles, à surmonter «dans votre tête». Là, vous pourrez commencer à écrire des lettres à votre futur enfant. Écrivez à quel point vous attendez sa naissance avec impatience, présentez vos rêves et vos espoirs pour l'avenir, décrivez le genre de bons parents que vous souhaitez devenir. Si vous le souhaitez, le journal peut être illustré. Par exemple, vous pouvez prendre un selfie ou demander à quelqu'un de prendre une photo de vous et de votre partenaire, coller une photo échographique dans votre journal, joindre des photos d'endroits intéressants que vous avez visités pendant la grossesse, des cartes de vœux de votre famille et de vos amis, un jeton de la maternité, etc. Si vous organisez des fêtes, écrivez qui vous avez in-

tivité et incluez des photos originales. Si vous êtes psychologiquement prêt pour cela, donnez la possibilité d'y écrire quelques mots ou lignes de souhaits ou de messages pour le bébé aux personnes importantes qui connaissent le chemin que vous parcourez.

Faites (si nécessaire, faites-le avec votre partenaire) une liste des compétences parentales nécessaires et analysez dans quelle mesure elles sont développées en vous. Si vous êtes prêt, demandez aux personnes de confiance de vous évaluer selon cette liste (par exemple, sur une échelle d'intensité de 0 à 10). Si certaines compétences ne sont pas aussi développées que vous le souhaiteriez (par exemple, les compétences d'interaction en équipe, la maîtrise de nouvelles responsabilités de vie courante), décrivez les moyens possibles de les «booster» pendant la grossesse.

Convenez avec votre partenaire (pour ceux qui n'a pas, avec quelqu'un qui pourra peut-être lui remplacer pendant cette période) que vous consacrerez au moins une demi-heure chaque jour à discuter de vos sentiments, pensées et actions liés à votre grossesse aujourd'hui. Il peut s'agir de tout ce à quoi vous êtes sensible: changements émotionnels, attentes et projets, nouvelles informations médicales, vie sexuelle (qui change même pour les parents potentiels pendant cette période), etc. Essayez d'éviter les évaluations et les critiques et concentrez-vous plutôt sur le soutien émotionnel et la recherche de solutions constructives aux problèmes. Utilisez autant que possible les «Je-messages», par exemple «Je me sens fatigué en ce moment et j'ai besoin de ton soutien». En plus des expériences actuelles, parlez de ce qui est important par rapport à l'avenir, par exemple, comment comptez-vous tous les deux répartir le temps entre le travail et la famille? Quel style parental vous convient, à vous et à votre partenaire? De combien de temps libre est-il important que chaque parent dispose pour se sentir heureux? Envisagez-vous de trouver une baby-sitter?

Faites attention à vos relations en couple. Pour certains parents potentiels, les inquiétudes liées à la technologie de la MSG peuvent devenir un facteur destructeur pour les relations. Pour des raisons naturelles et logiques, l'enfant est au centre de l'attention, un changement dans les liens émotionnels entre les partenaires se produit,

ce qui peut être perçu comme une disparition ou un affaiblissement de l'amour, de la passion et de l'attention mutuelle. Par conséquent, pendant que vous vous préparez psychologiquement à la naissance d'un enfant, il est important de continuer à vous considérer non seulement comme des parents, mais aussi comme un couple romantique. Par exemple, ça vaut la peine de maintenir ou d'augmenter le nombre d'événements amoureux, de plaisanter, de mélanger les préparatifs de la naissance d'un bébé avec des activités qui seront utiles à vos relations (promenades dans le parc), échanger des messages amoureux, faire de petits voyages (surtout après la naissance d'un enfant pendant une certaine période vous serez considérablement limité dans ce plaisir).

Communiquez mentalement avec votre enfant à naître sous différentes formes. Méditez. C'est bien si vous pratiquez cela avant de commencer le processus de la MSG. Demandez ensuite à votre instructeur (guide spirituel) de sélectionner des méditations (yantras, mantras, etc.) adaptées à votre situation de vie ou de trouver des cours spécialisés. Mais même si vous n'avez jamais essayé cela auparavant, octroyez-vous cette étape pour changer votre mode de vie habituel. Par exemple, essayez les scripts de méditation simples suivants. Vous pouvez les utiliser séquentiellement ensemble ou séparément.

Méditation «Bébé en moi»

Asseyez-vous dans une position confortable (ce qui vous permettra de ne pas bouger pendant environ 15 à 20 minutes), mais de préférence avec le dos droit.

Fermez vos yeux, et détendez-vous.

Concentrez-vous sur votre respiration pendant environ 5 minutes.

Ensuite, trouvez mentalement le bébé en vous. Physiquement, il est dans la mère porteuse, mais psychologiquement, il grandit aussi en vous. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'utérus ou même l'estomac. Imaginez simplement un espace symbolique sûr et confortable dans votre corps où vous aimeriez le placer. Concentrez-vous

sur son corps: regardez ses jambes, ses bras, son torse et sa tête en détail.

Essayez d'imaginer à quel point votre bébé se sent chaleureux et confortable en vous. Imaginez ce qu'il entend, voit, ressent. Par exemple, comment il entend les battements de votre cœur, le son de votre voix, voit votre sourire.

Vous pouvez imaginer comment vous interagissez avec lui, par exemple en chantant, en jouant, en caressant, en disant des mots d'amour. Essayez d'atteindre une fusion maximale dans cette interaction, lorsque vos sensations deviennent indissociables de celles de l'enfant. Restez dans cette fusion aussi longtemps que vous et lui en avez besoin.

Lorsque vous sentez que cela suffit, ouvrez simplement les yeux, tout en maintenant un sentiment d'unité en vous.

Méditation «Lumière pour le bébé»

Comme dans le scénario précédent, asseyez-vous dans une position confortable, fermez les yeux, détendez-vous et concentrez-vous sur votre respiration pendant environ 5 minutes.

Imaginez ensuite votre bébé en vous (réel ou symbolique), en vous concentrant sur son corps. Lorsque cela se produit de manière suffisamment claire, portez votre attention sur votre corps. Imaginez que la lumière cosmique chaude pénètre d'en haut en lui, par le sommet de la tête, s'enfonçant de plus en plus profondément à chaque respiration. La lumière pénètre et circule dans l'endroit en vous où il se trouve, remplit vous et le bébé. Le bébé aime la lumière, il est heureux et joue avec elle.

Imaginez maintenant comment l'énergie de la Terre pénètre en vous par vos pieds et vos jambes. Elle atteint la place où se trouve l'enfant et se mélange à la chaude lumière cosmique.

Ces deux énergies forment un cocon protecteur pour l'enfant: il s'y sent en sécurité et au chaud, entouré des soins du monde entier.

Restez dans cet état pendant un moment et, lorsque cela est suffisant, ouvrez lentement les yeux.

Méditation «Rencontre avec le bébé»

Asseyez-vous dans une position confortable, fermez les yeux, détendez-vous et concentrez-vous sur votre respiration pendant environ 5 minutes.

Maintenant, attirez votre attention sur la place en vous où vous avez placé le bébé, imaginez à quoi il ressemble maintenant. Essayez d'imaginer dans les moindres détails. Envoyez-lui ensuite mentalement votre amour sous la forme de rayons lumineux émanant de vous et dirigés vers lui.

Imaginez le voyage qu'un bébé a parcouru depuis la conception jusqu'à la naissance. Laissez d'abord apparaître l'image de l'union de l'ovule et du spermatozoïde – ils se rapprochent l'un de l'autre, puis forment un tout. Comment il est temporairement placé dans l'utérus d'une mère porteuse, mais en même temps le lien mental et émotionnel avec vous n'est pas perdu. Maintenant, il est déjà un embryon, il a des membres, il ressemble de plus en plus à un petit homme.

Parlez à votre bébé. Dites-lui ce que vous voulez. Dites-lui combien vous l'aimez, comment vous l'attendez, comment vous lui souhaitez santé, réussite et bonheur dans sa vie future.

Imaginez ensuite comment l'enfant a grandi et que vous marchez dans la rue avec lui en lui tenant par la main. L'atmosphère autour est remplie de bonheur et d'amour. Des émotions positives émanent de vous et illuminent le monde entier qui vous entoure.

Enfin, imaginez l'accouchement. C'est un processus par lequel un bébé vient vers vous pour recevoir de l'amour. Pensez à la façon dont vous l'attendez. Demandez à l'Univers de libérer facilement la mère porteuse du fardeau. Embrassez le nouveau bébé et restez avec lui aussi longtemps que nécessaire.

En plus des méditations dans la vie courante, vous pouvez, en l'imaginant, écouter de la musique ensemble, chanter des berceuses, réaliser diverses occupations ménagères, décrire la beauté du monde qui l'entoure, parler de famille, parler d'amour, comment vous l'attendez, à quel point tout le monde sera heureux quand il

apparaîtra, et comment tout le monde l'aimera et l'aidera à devenir adulte et fort. Si nécessaire, vous pouvez même préparer quelque chose comme un plan de communication quotidien. Vous pouvez faire un dessin de lui.

Prenez soin de votre santé physique et mentale, pratiquez l'hygiène mentale. Au moins une fois par mois, faites l'exercice suivant pour relaxer. Divisez une feuille de papier A4 en deux parties égales. Sur une moitié au-dessus, écrivez la phrase «Pendant la grossesse, j'aime... » (comme une option – ce qu'elle donne, pourquoi je l'aime) et en dessous, continuez avec au moins dix réponses. Sur une autre moitié de la feuille, écrivez et continuez la phrase «Pendant la période de grossesse, c'est particulièrement difficile et désagréable... » (comme une option – mes difficultés liées à la grossesse). Si vous faites cela avec votre partenaire, discutez de ce que vous avez obtenu).

Si vous développez un style anxieux ou un style de vie ambivalent pendant la grossesse, pratiquez l'exercice de désidentification suivant. Pour commencer, asseyez-vous confortablement, le dos droit, fermez les yeux, prenez quelques respirations grandes en surveillant mentalement votre respiration. Répétez ensuite le texte suivant pour vous ou tout bas:

*«J'ai un corps, mais moi, c'en'est pas mon corps.
Mon corps peut être malade ou en bonne santé, fatigué ou vigoureux, mais cela ne m'affecte pas, mon vrai Moi.
Mon corps est un merveilleux instrument pour ressentir et agir dans le monde extérieur, mais ce n'est qu'un instrument.
Mon corps ne me laisse pas tomber, il se prépare et remplit la fonction la plus importante: devenir le parent d'une être à naître.
J'essaie de le garder en bonne santé, mais ce n'est pas Moi.
J'ai un corps, mais moi, c'en'est pas mon corps.*

Pause

*J'ai des émotions, mais moi, ce ne sont pas mes émotions.
Mes émotions sont nombreuses, changeantes et contradictoires. Cependant, je reste toujours moi-même, mon Moi, je suis heureux ou triste, calme ou excité, espère quelque chose ou désespère.*

Puisque je peux observer, comprendre ou évaluer mes émotions, et de plus, les contrôler et les posséder, alors évidemment elles ne sont pas mon Moi.

Mes émotions m'aident à ressentir et à m'exprimer dans ce moment extraordinaire d'attendre un enfant.

J'ai des émotions, mais moi, ce ne sont pas mes émotions.

Pause

J'ai un intellect, mais moi, ce n'est pas mon intellect.

Il est suffisamment développé et actif pour m'aider à devenir un bon parent.

Il est un outil pour comprendre mon monde extérieur et intérieur, mais il n'est pas mon Moi.

Pause

Je suis le Centre de pure conscience de Moi.

Je suis le Centre de la Volonté, capable de posséder et de contrôler mon intellect, mes émotions, mon corps physique et tous mes processus mentaux.

Je suis le Moi permanent et immuable.

Je donne une nouvelle vie».

Préparez-vous de manière organisationnelle à l'accouchement et à l'arrivée d'un enfant dans votre vie. Cela implique une discussion par le/la partenaire, la clinique de reproduction et la mère porteuse sur un certain nombre de choses triviales mais importantes: l'heure et le moyen de transport jusqu'à la maternité (si les parents potentiels souhaitent participer à l'accouchement) et de la maternité, un ensemble de premières choses pour l'enfant, l'enregistrement des

documents nécessaires, l'aménagement d'une chambre d'enfant, etc. Si vous avez accordé sur la présence lors de l'accouchement, assurez-vous de consulter les spécialistes de la clinique de reproduction sur les règles de conduite et de discuter de ses souhaits avec la mère porteuse. Il est conseillé de suivre des cours de préparation à l'accouchement, mais rappelez-vous qu'il ne faut pas interférer avec les actions du personnel, car les professionnels savent mieux quoi faire dans certaines situations. N'hésitez pas à poser des questions à l'avance, car plus vous êtes préparé, plus l'interaction sera facile pendant l'accouchement.

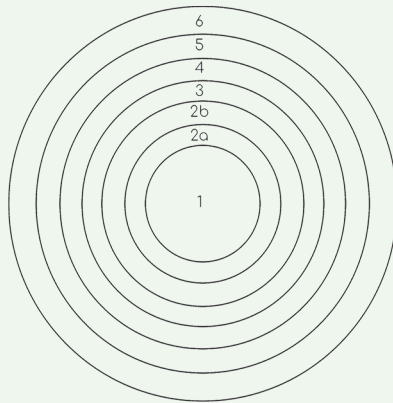
2.3. MSG et ambiance social des futurs parents: soutiens et oppositions

La période de grossesse est la période où toute la gamme des problèmes macro et microsociaux de la vie des parents se déroule et s'aggrave le plus (instabilité politique et économique, situation sur le marché du travail, participation à la vie publique et professionnelle, changements dans les relations amicales et familiales, etc.). L'état psychologique des parents potentiels, outre les expériences personnelles, est également influencé par des facteurs sociaux associés à l'utilisation de la technique de la TPA: un modèle culturel spécifique de la maternité (par exemple, lorsque le fœtus commence à être considéré comme une propriété publique); un changement incertain du statut social et familial, une possible stigmatisation de la MSG, des conflits associés, la présence/absence d'un groupe de soutien. En ce sens, plus les parents potentiels sont exposés aux influences sociales, plus leur système de liens et de relations sociales peut créer un contexte psychologique négatif ou positif pour le processus de grossesse.

Par conséquent, déterminez à l'avance qui de votre cercle social proche sait ou saura que vous attendez un enfant utilisant la technologie de la MSG et avec lequel d'entre eux vous souhaiteriez discuter de vos expériences pendant cette période.

Pour ce faire, dans notre pratique, nous utilisons *l'exercice «Cercles d'intimité»*, développé par la psychologue Marilyn Murray.

Dessinez huit cercles comme sur l'image.



La première partie de l'exercice est que vous devez y ranger tout ce qui a de la valeur pour vous dans la vie. Il peut s'agir de personnes, d'animaux, d'entreprises, de travail, de loisirs. Placez selon le degré d'importance pour vous-même, c'est-à-dire, placez le plus significatif et le plus précieux dans le cercle central 1, placez le moins significatif et le moins précieux dans le cercle extérieur 6. Votre tâche est d'explorer et de refléter l'état réel des choses. Alors prenez votre temps et essayez d'être aussi honnête que possible avec vous-même. Si nécessaire, vous pouvez le mettre de côté à un moment donné, y réfléchir et revenir lorsque vous serez prêt.

Après avoir terminé cela, dans la deuxième partie de l'exercice, réfléchissez et placez votre enfant à naître, la mère porteuse et, éventuellement, d'autres participants au processus de la MSG dans l'un des cercles, par rapport auxquels vous considérez qu'il est important de déterminer le degré d'affinité.

Dans la troisième partie, analysez les résultats du point de vue de l'équilibre psychologique d'affinité.

Ainsi, le cercle 1 est le cercle central, il n'appartient qu'à vous et à ce qui constitue les principaux sens de votre vie dépassant ses frontières (par exemple service aux gens). Si seulement vous êtes dans le premier cercle, mais que de telles valeurs n'existent pas, cela indique très probablement une tendance au narcissisme et à l'égoïsme. S'il n'y a que des valeurs dans le cercle, mais pas vous, cela peut alors

indiquer une tendance à l'autoflagellation et à une dissolution excessive dans quelqu'un ou quelque chose. S'il y a quelque chose ou quelqu'un d'autre dans le cercle en plus de vous et de vos valeurs, cela peut alors servir de signe de fusion, voire de codépendance, ce qui peut nuire à votre santé psychologique.

Le cercle 2a – le cercle de l'intimité – appartient au/à la partenaire. S'il n'y a pas de telles personnes pour une raison quelconque, il est préférable de laisser cet endroit vide, afin que si le besoin s'en fait sentir, le/la futur partenaire ait un endroit où venir. Si vous placez vos parents dans ce cercle, cela peut être une preuve indirecte de problèmes liés à l'inceste psychologique et une raison pour y réfléchir avec un psychothérapeute avant de commencer la procédure de la MSG.

Cercle 2b – cercle d'enfants mineurs qui vivent avec vous (par exemple, issus des relations antérieures).

Cercle 3 – pour les enfants adultes et propres parents. Il s'agit d'un cercle de personnes très proches avec qui vous pouvez être vous-même, en toute sécurité.

Les cercles 4, 5, 6 sont des cercles pour les amis, le travail, les loisirs, les animaux de compagnie et bien d'autres choses remplissant votre vie. Plus la communication avec ces personnes est fréquente et meilleure, plus elles sont proches du cercle restreint. Si vous changez beaucoup de lieu de résidence, le contenu de ces cercles change également en conséquence.

Dans la quatrième partie de l'exercice, essayez d'analyser les personnes dans différents cercles d'intimité à l'aide des questions suivantes:

- Dans quelle mesure les relations avec cette personne sont-elles sûres pour que je puisse lui parler de la prochaine procédure de la MSG?
- Comment je me sens avec cette personne? Suis-je prêt à être une personne susceptible et vulnérable à son côté pendant cette période?
- Quelle est l'histoire de nos relations? Partageons-nous des

joies/tristesses/intérêts depuis longtemps?

- Est-ce que nous nous disons ce que nous ressentons?
- Quels intérêts communs avons-nous?
- Avons-nous des valeurs communes?
- Cette personne est-elle honnête avec moi au sujet de ses pensées et de ses sentiments?
- La relation avec cette personne est-elle de nature équivalente?
- Est-ce que nous nous respectons?
- Ces relations sont-elles bénéfiques pour les deux?

Considérant des réponses, comprenez à partir de quel cercle d'intimité vous souhaiteriez partager que vous avez démarré la procédure de la MSG ? À partir de quel stade exactement? Dans quelle mesure? Qui ne voudriez-vous pas en informer et simplement le mettre devant le fait accompli?

Si vous souhaitez le faire avec un/une partenaire, faites-le d'abord individuellement, séparément, puis discutez-en.

Vient ensuite une question très importante – sous quelle forme souhaitez-vous discuter? Pour certains parents potentiels, le style euphorique se manifeste par le fait qu'ils publient activement du contenu lié à la grossesse sur les réseaux sociaux. Les parents particulièrement exaltés ont des pages pour leurs enfants dès leur conception. Il s'agit d'un phénomène normal à notre époque digitale, où la parentalité est devenue aussi publique que possible par rapport à toutes les périodes historiques précédentes. Cependant, cela comporte de nombreux risques potentiels, allant de la haine banale au traumatisme psychologique potentiel pour l'enfant à naître. Ce qui semble «un petit saint» et «charmant» aux parents potentiels (de la photo aux commentaires dans le flux) ne semblera pas nécessairement tel au bébé lorsqu'il grandira et aura l'occasion de lire d'anciens documents (et nous nous souvenons tous que le Internet stocke tout). Une étude américaine relativement récente portant sur des enfants âgés de 8 à 11 ans montre qu'ils étaient presque unanimement opposés aux tentatives des parents de rendre publique toute

information (même positive) à leur sujet – qu’il s’agisse de photographies, de vidéos ou de textes. De plus, de tels débats publics provoquent ou exacerbent le narcissisme parental, considérant l’enfant comme un objet de fierté et de rivalité sociale⁹. Des chercheurs de l’Université Humboldt (Allemagne), en collaboration avec des collègues de l’Université technique de Darmstadt, ont découvert que près d’un tiers des utilisateurs des réseaux sociaux sont insatisfaits de leur propre vie ou envieux de leurs amis. Enviant les «amis», leurs parents et leurs enfants sur les réseaux sociaux, nous sommes plus critiques envers notre propre parentalité, qui dans la situation de la MSG peut provoquer et stimuler des expériences stigmatisantes et traumatisantes. En publiant du contenu sur la grossesse, nous demandons inconsciemment aux autres d’évaluer la situation et de nous évaluer, et nous nous soumettons donc à l’opinion publique. Cela a un revers: les médias sociaux deviennent l’enseignant et l’autorité ultime en matière de parentalité. Des chercheurs de l’Université du Minnesota aux États-Unis ont découvert que 75% des parents remercient Internet (y compris les réseaux sociaux) pour permettre de trouver plus rapidement et plus facilement des informations relatives à une parentalité réussie. La communication parentale active sur les réseaux sociaux a même acquis un nom «scientifique» - *sharenting* (angl. share – partager et parent – parent).

Une question tout aussi importante est la suivante – quelles limites vous définissez-vous dans une telle discussion? Quelles questions pourraient être des signes d’une violation de limites?

La chercheuse Ellen Kate a identifié des types de questions toxiques de la part d’autres personnes se rapportant à la grossesse (peu importe traditionnel ou avec l’aide de la TPA) comme un acte socialement significatif, croyant que les droits des personnes à naître sont plus importants que les droits des personnes réelles et, ainsi, réalisant une sorte d’idéologie d’incubateur par l’intermédiaire de questions.

⁹ Le narcissisme considère l’enfant comme une extension de lui-même dans le sens vrai, sa propriété entière et indivise. Un enfant est pour lui une source inépuisable de ressources de toutes sortes. C’est pourquoi il essaie à toute force de garder cette source à proximité le plus longtemps possible.

1. «Qui est le père/la mère?»

De telles questions, souvent posées avec les meilleures intentions, deviennent toxiques car elles imposent de répondre si une personne ne sait pas ou n'est pas sûre de l'identité du père, a décidé d'avoir un enfant de manière indépendante et a utilisé du matériel provenant d'un donneur, est dans des relations homosexuelles, est une mère porteuse, a été victime de violences sexuelles, etc. N'oubliez pas que vous avez le plein droit, si vous ne le souhaitez pas, de ne pas répondre à cette question et, si elle se répète, d'arrêter en totalité ou en partie de communiquer.

2. «Quand allez-vous vous marier?»

Étant donné que les couples sont de moins en moins susceptibles de se marier pour avoir des enfants, cette question remet directement en question les valeurs et les choix d'une personne qui ne lie pas la relation à sa formalisation juridique ou religieuse. Dans le même temps, des stéréotypes dépassés en ce qui concerne les «avantages» du rituel du mariage sont imposés, même si les statistiques sociologiques du monde entier montrent que cela ne fait pas en soi de bons parents par défaut, ne crée pas une vie de famille stable et ne donne pas «d'avenir prospère» à l'enfant. De plus, les recherches montrent que les enfants vivant dans des formats de relations alternatifs se sentent aussi bien que ceux dont les parents sont liés par des liens formels.

3. «Vous avez utilisé la FIV, n'est-ce pas? À votre âge/dans votre situation, ça ne marchera pas d'une autre manière».

Plus une société est archaïque et autoritaire, plus les parents d'un certain âge sont souvent considérés comme des personnes égoïstes qui, sous prétexte de vouloir atteindre un certain niveau personnel et professionnel avant d'avoir des enfants, mettent en danger la santé de l'enfant et utilisent des moyens coûteux et même «contraire à l'éthique» afin d'en avoir un. Ce qui rend cette question toxique, c'est la tentative de réduire la parentalité à une simple option «correcte».

4. Pourquoi veux-tu faire ton coming-out si tu vas tomber enceinte?

La toxicité de ce problème réside dans le fait qu'à sa base se trouve la croyance anachronique selon laquelle le sexe ou le genre

d'une personne détermine la manière dont elle doit utiliser son corps. Cette croyance s'est historiquement développée dans un système sexiste et présuppose la présence de certaines phobies spécifiques (homophobie, transphobie, etc.). Dans le monde moderne, cette tendance est contrée par la croyance selon laquelle notre corps n'est pas obligé de fonctionner comme la société ou les autres l'attendent. Pour cette raison, là où les attitudes phobiques sont fortes, les parents potentiels homosexuels et transgenres sont souvent confrontés à des *misgendering* et à de l'hostilité, se voient refuser des services médicaux et sont même signalés aux services de protection de l'enfance. En conséquence, beaucoup d'entre eux souffrent d'isolement et de dépression, et certains d'entre eux développent à nouveau une dysphorie (même avant cela, ce sentiment était psychologiquement analysé depuis longtemps).

5. «Je n'aurais jamais... (j'ai commencé à me renseigner le sexe du bébé/j'ai fait une analyse génétique / j'ai accouché à la maison). Pourquoi vous faites ça?»

En se déclarant, une personne vous impose secrètement une seule et unique, la sienne, version de l'expérience de grossesse comme la seule «normale». Cependant, il existe un certain nombre de différences biologiques, culturelles et socio-économiques pouvant affecter la façon dont les personnes vivent la grossesse. Une telle question place donc immédiatement votre expérience de grossesse dans le contexte d'une «anomalie».

6. Pouvez-vous [insérez n'importe quelle activité] ?

Les parents qui attendent un enfant (né de manière traditionnelle ou avec l'aide de la technique de la TPA) sont confrontés à un grand nombre de superstitions et de stéréotypes terribles. Par exemple, une césarienne conduit à l'obésité chez les enfants, et la prise de paracétamol est garantie de provoquer un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez le bébé à naître. Le contrôle public total sur les femmes enceintes crée un environnement dans lequel davantage d'attention est accordée à la santé du fœtus qu'à la santé humaine. Par conséquent, de telles questions dévalorisent les parents potentiels.

7. Est-ce que vous allez boire ça ?

Grâce à la propagande anti-alcool, il est désormais presque devenu un axiome que «les femmes ne devraient pas boire de boissons alcoolisées pendant la grossesse en raison du risque de malformations congénitales et du syndrome d'alcoolisation fœtale». En conséquence, certaines personnes (en particulier celles ayant des enfants) pensent qu'elles ont un droit tacite de contrôler ce que consomment les femmes enceintes. Cependant, leurs déclarations ou leurs actions, le plus souvent, non seulement n'influencent pas l'opinion dominante concernant une consommation limitée d'alcool pendant la grossesse, mais les obligent également à le faire en secret, transformant l'alcool en une «chose défendue» et renforçant ainsi la motivation pour sa consommation. Même si d'autres souhaitent intervenir, la question de la consommation d'alcool reste toujours une question de choix personnel fondé sur des recommandations médicales.

Au cours des différentes périodes de la grossesse, le remplissage des cercles de proximité, et donc l'exhaustivité des informations sur votre processus de la MSG, peut changer. Métaphoriquement, on peut dire qu'il est important de comprendre qui, comment et avec quoi arrose la pousse de votre jardin pendant tous ces neuf mois, quelle que soit la motivation de ces actions. N'oubliez pas qu'en régulant votre environnement social dès maintenant, vous créez et cultivez l'environnement dans lequel votre enfant se développera après la naissance. En ce sens, lorsque vous prenez telle ou telle décision, cela vaut la peine de vous permettre de la regarder non seulement à travers les yeux d'un adulte, d'un parent, mais aussi d'un enfant: à quel point voudriez-vous, en tant qu'enfant, avoir cette ou cette personne dans les premières années de votre vie?

En 2023, le questionnaire Attitude towards Surrogacy Scale (ATSS) – Attitude envers la maternité de substitution (AEMS) a été créé et 442 personnes ont été testées. Il se compose de 24 questions réparties en quatre sous-échelles:

- 1) avis général sur la maternité de substitution et son contexte social (7 questions)
- 2) financement et légalisation de la maternité de substitution (8 questions)

3) acceptation de la maternité de substitution (4 questions)

4) attitude envers les parents présumés et les enfants nés à la suite d'une maternité de substitution (5 questions).

Nous supposons qu'il commencera bientôt à être utilisé dans les centres de reproduction pour le psychodiagnostic de l'ambiance sociale des parents potentiels.

2.4. Préparation psychologique de la porteuse gestationnelle

La préparation psychologique de la porteuse gestationnelle n'est pas un élément moins important du soutien psychologique de la MSG que la préparation des parents potentiels et de leur environnement social. Après tout, l'état psychologique de la porteuse gestationnelle détermine la stricte mise en œuvre de toutes les recommandations médicales, le début et le bon déroulement de la grossesse, la santé physique et mentale du bébé à naître, l'état psychologique des futurs parents et l'éventuelle interaction dans la période post-partum.

Pour les femmes souhaitant s'essayer en tant que porteuse gestationnelle, la préparation psychologique commence par des réponses (principalement pour elles-mêmes) à un certain nombre de questions importantes:

- quelle est sa motivation?
- quel type de relation envisage-t-elle avec les futurs parents potentiels et l'enfant?
- quelles craintes, stéréotypes et scénarios négatifs associés à la MSG a-t-elle en tête? Comment les gère-t-elle?

Déjà au *stade des études médicales préliminaires nécessaires*, la candidate montre pour elle-même et pour son entourage sa réelle motivation et ses qualités «professionnellement importantes» - discipline, responsabilité, sociabilité, résistance au stress. Si vous, en tant que future porteuse gestationnelle, avez pu franchir cette étape assez facilement, demandez-vous: êtes-vous prête à vivre ain-

si pendant un an ou un an et demi? Comment une telle vie peut-elle changer vous et vos relations avec vos proches à l'avenir? Les réponses à ces questions peuvent devenir matière à discussion avec un psychothérapeute personnel ou un coordinateur du centre de reproduction.

Ce n'est pas sans raison que nous parlons de changements possibles dans les relations avec les proches, car la grossesse et la MSG sont une épreuve difficile pour les relations familiales qu'entretient une mère porteuse. Outre la stigmatisation du monde extérieur, les enquêtes montrent que les maris (partenaires) des porteuses gestationnelles sont assez frustrés face à cette situation. Cela est dû en partie au fait que la MSG constitue un travail psychologique dont ils effectuent une partie (souvent invisible) ensemble. Par conséquent, sans une communication complète, honnête et transparente avec un partenaire au sujet de la décision de devenir porteuse gestationnelle, le processus de la MSG peut assumer un fardeau psychologique supplémentaire (associé à des inquiétudes concernant les relations avec le mari/partenaire), ainsi que devenir un facteur destructeur déterminant pour les relations (par exemple, lorsque le mari/partenaire pousse une femme à participer au programme, réclamant une partie de la récompense, ou après la participation, il stigmatise lui-même la femme pour atteindre ses propres objectifs manipulateurs). Pour certains pays, la participation d'une mère porteuse mariée au programme n'est pas autorisée car cela complique l'enregistrement futur de l'enfant au nom du père biologique. Consultez le coordinateur du centre de maternité de substitution à ce propos.

Il y va de même pour les relations avec les enfants. Si le sujet de la MSG de la mère devient tabou dans la famille, le psychisme de l'enfant peut projeter sur ce «champ» incompréhensible tant de fantasmes (par exemple, liés à la jalousie, au désir d'un frère/sœur, au désir altruiste d'aider les autres ou un sentiment de culpabilité que la mère soit obligée de faire «cela» à cause de l'enfant) que le retour à une vie familiale normale pour une porteuse gestationnelle peut être assez traumatisant.

La recherche montre que les porteuses gestationnelles infor-

ment leurs propres enfants de la MSG prochaine ont un effet plus positif que négatif. Le degré d'implication des enfants peut varier en fonction de l'âge, de la maturité psychologique et de l'attitude envers la MSG et est déterminé par le modèle culturel de la famille. Il est important que cette communication ne soit pas une conversation ponctuelle, mais un dialogue ouvert, honnête et continu. Nous sommes sûrs que vous serez en mesure de choisir vos propres mots et intonations afin de transmettre à l'enfant tout ce que vous voulez dire, mais il sera utile que lors de chacun de ces dialogues, vous preniez en compte quelques recommandations générales:

1. Les informations doivent être adaptées à l'âge. Utilisez pour cela un langage simple, que vous utilisez habituellement pour les explications et les conversations sincères. Pour les très jeunes enfants, il serait peut-être préférable de leur dire simplement que les bébés ont besoin d'une place sûre pour grandir jusqu'à leur naissance et que certaines femmes ne peuvent pas élever leurs enfants seules. Les porteuses gestationnelles sont des femmes spéciales qui aident ces familles.
2. Il est préférable que les informations soient positives et inspirantes. Les enfants ont tendance à copier non seulement le comportement mais aussi les attitudes de leurs parents, donc si vous leur faites savoir que la MSG est quelque chose de positif et de cool, ils sont plus susceptibles de le percevoir de la même manière et d'en être fiers.
3. Soyez ouverts et attentifs à leurs sentiments et à leurs pensées, maintenez une position de dialogue. Encouragez les enfants à poser des questions. La MSG peut être un concept assez complexe à comprendre pour eux, c'est donc l'occasion pour eux de poser des questions sur tout ce qui les intéresse et de parler de leur compréhension du sujet.
4. Démontrez et soulignez constamment votre grand amour pour vos enfants et la sécurité totale de cette décision pour vous et votre famille. Certains enfants, comprenant que l'enfant né de vous ne vous appartient pas, peuvent fantasmer qu'eux aussi devront vivre dans une autre famille. Par consé-

quent, ils ont besoin de beaucoup de mots et de véritables manifestations d'amour et d'attention.

Afin que l'information et le dialogue se déroulent de la manière la plus sûre et la plus efficace possible, nous vous recommandons d'abord d'écrire et de réfléchir un moment à vos pensées avant de les partager avec les enfants. Cela vous aidera à mieux vous connecter avec votre partenaire, car ces informations sont un jeu d'équipe. Il est important que vous soyez tous les deux «sur la même longueur d'onde», aussi bien lorsque vous parlez ensemble que lorsque cela se produit spontanément, sans la participation de l'un de vous.

L'algorithme général des actions d'information peut être présenté comme suit:

1. Dans le cadre de l'éducation sexuelle se produisant naturellement dans la famille, commencez par lire des livres à l'égard de la variété des méthodes permettant de créer une famille moderne et passez logiquement à la TPA et à la MSG comme l'une des options scientifiques pour résoudre les problèmes humains. Cela nous permettra d'introduire l'idée en douceur et, dans un certain sens, de normaliser la MSG. Imaginez peut-être ensemble ce qui se passerait si vous souhaitiez un jour aider une autre famille à avoir un enfant. Par exemple, vous pouvez utiliser la liste de livres suivante: *The Kangaroo Pouch: A Story about Surrogacy for Young Children* de Sarah Phillips Pellet, *Sophia's Broken Crayons: A Story of Surrogacy from a Young Child's Perspective* de Crystal A. Falk, *Sacha, the Little Bright Shooting Star: The Story of Surrogacy* de Sofia Prezani, *The Very Kind Koala: A Surrogacy Story for Children* de Kimberly Kluger-Bell, *Hope & Will Have a Baby: The Gift of Surrogacy* d'Irene Celcer.
2. Une fois que des parents potentiels ont été sélectionnés pour vous, parlez à vos enfants de la famille potentielle. Racontez leur histoire et expliquez-leur que vous allez les aider à avoir un bébé. Dans le même temps, n'oubliez pas la confidentiali-

té des données personnelles de tous les participants au programme.

3. Demandez à vos enfants de vous aider à prendre des photos afin que vous puissiez les envoyer à des parents potentiels. Dites-leur que ces photos seront incluses dans un album spécial pour le bébé qui l'aidera à être heureux.
4. S'ils le souhaitent, vos enfants peuvent écrire des lettres ou faire des dessins pour les parents potentiels et le bébé.
5. Si le contrat le permet et s'il y a un désir mutuel, vos enfants peuvent visiter la maison de parents potentiels et voir où et comment vivra le futur enfant.
6. Allez dîner ensemble avec les parents potentiels pour que vos enfants puissent mieux les connaître.
7. Vos enfants peuvent choisir un jouet pour votre bébé avec lequel il pourra jouer plus tard.
8. Apprenez à vos enfants à parler aux autres de la grossesse et de la maternité de substitution. Donnez-leur des réponses qu'ils pourront utiliser s'ils reçoivent des questions ou des commentaires de leurs pairs, amis et inconnus.

Il est naturel que la réaction des autres proches est également le thème le plus important des expériences d'une porteuse gestationnelle. La préparation psychologique consiste dans le fait que, indépendamment ou avec l'aide d'un coordinateur de clinique de reproduction, vous devez développer une stratégie confortable (et convenue avec les membres de la famille) pour interagir à tout moment avec vos proches pendant que le processus de la MSG durera. Il peut s'agir soit d'une stratégie de dissimulation complète avec la création d'une certaine «légende» expliquant certains aspects nouveaux de la vie, du bien-être et du comportement d'une femme, soit d'une stratégie d'honnêteté absolue, déclarant ouvertement son choix libre et conscient du rôle de porteuse gestationnelle.

Au *stade de la sélection de parents potentiels pour vous*, la porteuse gestationnelle doit tenir compte du fait que les études montrent une dépendance assez forte à l'égard de la distance géographique et des points communs des codes culturels : qu'est-ce

qui était le plus éloigné des deux (par exemple, les parents potentiels sont originaires d'Europe, et la porteuse gestationnelle est originaire d'Asie), moins les parents potentiels recherchaient des contacts étroits pendant la grossesse et souhaitaient leur continuation après l'accouchement. Cette tendance peut être exacerbée par la clinique de reproduction qui, par mesure de sécurité, estiment que tous les contacts doivent être médiatisés à elle.

Au *stade de la conclusion et de la signature du contrat*, la préparation psychologique peut inclure la réflexion et l'inscription dans le texte des points suivants garantissant la sécurité et la qualité de vie nécessaire:

- Indication de l'établissement médical supervisant la TPA (notamment fécondation et grossesse);
- Conditions de vie et montant des mensualités;
- Responsabilité en cas de violation des clauses contractuelles – pour les deux parties;
- Montants fixés des mensualités; le montant total reçu par la mère porteuse après l'accouchement; amendes pour violations des deux parties. Les paiements augmentent pour les grossesses multiples.
- Conditions de résiliation du contrat;
- Confidentialité;
- Assurance;
- Indemnisation des frais médicaux;
- Cas de force majeure – accouchement précoce, fausse couche ou d'une césarienne nécessaire.
- Violation du contrat par la mère porteuse (par exemple, si elle fournit sciemment de fausses informations sur elle-même ou ne suit pas strictement les prescriptions des médecins), lorsqu'elle est obligée de rembourser tous les frais des parents potentiels.

Il convient de souligner une fois de plus que la résiliation anticipée du contrat n'est possible qu'avant le début de la grossesse – par consentement mutuel, par exemple si, après plusieurs tentatives in-

fructueuses, les parents potentiels refusent de poursuivre leur coopération. La porteuse gestationnelle a le plein droit de changer sa décision seulement avant le transfert d'embryon.

Au *stade de grossesse*, la préparation psychologique est centrée sur l'interaction entre la porteuse gestationnelle et le fœtus. Tout d'abord, sur la prise de conscience que la vie qui a surgi à l'intérieur est l'enfant d'autrui. Si une porteuse gestationnelle participe pour la première fois au programme de la MSG, il est tout à fait naturel, au début, d'avoir des pensées et des inquiétudes quant à sa capacité à donner l'enfant à ses parents. Cependant, avec un travail psychologique compétent avec soi-même (et éventuellement avec l'assistance professionnelle régulière du coordinateur du centre de reproduction), ces pensées et expériences peuvent s'affaiblir et même disparaître. Il est très important dans un tel travail de se rappeler constamment que la naissance du bébé est attendue par ses parents potentiels, qui ont tant attendu cette opportunité, ont parcouru un chemin difficile pour cela, et qui l'aimeront et en prendront soin, parce que pour eux, il est si attendu.

L'un des moments les plus sensibles et les plus controversés de la préparation psychologique des porteuses gestationnelles est la *distance émotionnelle avec le fœtus*. La recherche montre que les porteuses gestationnelles utilisent une gamme assez large de techniques pour prendre une distance émotionnelle avec le fœtus tout au long de la grossesse afin d'affaiblir leur propre attachement biologiquement déterminé à l'enfant. Pour des raisons évidentes, nous ne les présenterons pas ici. Le revers de la médaille pourrait être le lien entre la distanciation émotionnelle et une attitude positive envers la santé pendant la grossesse, identifié dans des études sur la maternité traditionnelle en 2001¹⁰.

Cependant, la variété et l'intensité des méthodes de distanciation ne garantissent pas l'absence d'attachement. En 2015, des chercheurs français ont constaté sur un échantillon de 11 personnes que le niveau d'attachement des porteuses gestationnelles au fœtus se

¹⁰ Il a même été suggéré que dans le cas des porteuses gestationnelles, l'éloignement émotionnel du fœtus peut entraîner des risques pour la santé de l'enfant à naître en raison de comportements à risque tels que le tabagisme ou une malnutrition.

situait dans la gamme normale pour les femmes enceintes. Une proportion assez importante de porteuses gestationnelles pendant la grossesse éprouve à la fois une anxiété actuelle pour l'enfant et une anxiété à long terme – concernant la vie future du bébé avec ses parents biologiques. Sans soutien psychologique, cela peut conduire au problème de *l'instabilité psychologique de la porteuse gestationnelle*, lorsque notamment un certain pourcentage de porteuses souffre de dépression en fin de grossesse et lors du transfert de l'enfant¹¹. Dans le même temps, des études sur le degré de lien psycho-émotionnel entre la porteuse gestationnelle et le fœtus aux États-Unis, en France et en Grande-Bretagne ont montré que les porteuses gestationnelles sont nettement moins attachées à l'enfant à naître que les mères potentielles. Elles se soucient également beaucoup moins de sa santé et de son bien-être et ont généralement une attitude moins positive à son égard. Les cas de problèmes lors du processus de réception d'un bébé et de confirmation de son abandon ont été beaucoup moins fréquents. Les chercheurs estiment que le paiement joue ici un rôle important, ce qui contribue à accroître la distance émotionnelle et à percevoir la MSG comme un travail.

Une étude sur les porteuses gestationnelles indiennes a démontré des niveaux plus élevés de liens instrumentaux avec l'enfant à naître que les femmes enceintes. Cela reflète très probablement la conscience avec laquelle les porteuses gestationnelles ont respecté l'accord. Cela explique également le fait paradoxal que les porteuses gestationnelles consacrent plus de temps et d'efforts à porter et à protéger le fœtus que les femmes portant leurs propres enfants. En 2010, Pand a décrit le concept de dualité d'une «mère-travailleuse», selon lequel les porteuses gestationnelles limitent leur rôle de «mère» en ne créant pas de liens émotionnels avec le fœtus, mais remplissent de manière responsable leur rôle de «travailleuse» en étant vigilantes quant aux besoins du fœtus.

Il est intéressant de noter que de nombreuses porteuses gestationnelles tentent délibérément de favoriser le développement

11 Comme le montrent des études sur les porteuses gestationnelles indiennes, cela peut être dû à la dissimulation et à la stigmatisation.

d'un attachement entre la mère d'intention et l'enfant de substitution. Par exemple, avec l'aide des technologies de communication modernes, ils proposent des visites communes chez le médecin, parler à voix haute et lire des livres pour que l'enfant s'habitue in utero à la voix de ses parents. Selon les mêmes études susmentionnées des pays d'Europe occidentale, les porteuses gestationnelles éprouvent de la frustration en cas de comportement froid de la part des parents potentiels. Cela est probablement dû au fait que les programmes de la MSG occidentaux accordent plus d'attention à la composante psychologique et créent ainsi les conditions préalables à la formation d'un style de grossesse adéquat tant chez la porteuse gestationnelle que chez la mère potentielle. En revanche, les programmes de la MSG dans les pays moins développés prennent moins en compte le facteur psychologique, ce qui contribue à l'émergence de divers types de problèmes psychologiques. Cependant, cela vaut toujours la peine de décider à l'avance de la manière dont vous réagirez si, par exemple, pendant la grossesse, des parents potentiels vous invitent (seul ou avec vos enfants) à venir leur rendre visite pour mieux faire connaissance.

Contrairement aux stéréotypes, les recherches constatent qu'un lien plus étroit avec l'enfant à naître n'est pas associé à des niveaux accrus de dépression chez les porteuses gestationnelles pendant la grossesse et après l'accouchement. De plus, une étude réalisée en 2011 par le Centre de recherche familiale de l'Université de Cambridge a révélé que la maternité de substitution n'a pas d'impact négatif sur les propres enfants de la porteuse gestationnelle.

La préparation psychologique à *l'étape de l'accouchement*, d'une part, est de nature tout à fait traditionnelle (déjà familière depuis la naissance de son propre enfant), d'autre part, elle implique une compréhension claire des spécificités du processus (par exemple, que l'enfant ne sera pas allaité après la naissance) et les mesures et formes de participation des parents potentiels. Il est donc prudent d'en discuter en principe même au stade de la conclusion d'un accord, en clarifiant peut-être uniquement les détails techniques à

mesure que le jour approche¹².

Après l'accouchement, commence une *étape importante de réadaptation physique et mentale et de resocialisation – le retour à une vie normale*. L'une des principales erreurs est que les porteuses gestationnelles l'ignorent ou la parcourent très rapidement, sans profiter du fait que, contrairement aux accouchements traditionnels, elles n'ont pas à s'occuper d'un nouveau-né et disposent de nombreuses possibilités de restaurer leurs propres ressources. Pour que cela se produise réellement et ne crée pas seulement un sentiment subjectif, l'expérience des cliniques de reproduction montre qu'il faut au moins trois mois. Il faut un an maximum¹³. Moins vous laissez votre corps récupérer après le travail effectué, plus l'expérience de la MSG peut être traumatisante pour vous (et non pas en raison des spécificités de la technique, mais uniquement en raison de votre attitude envers les besoins de votre propre corps)¹⁴. N'hésitez pas à expliquer la nécessité d'une restauration à votre mari, à vos enfants et/ou à vos proches étant au courant de cette histoire et demandez-leur de vous y aider.

La durée de l'étape de réadaptation et de resocialisation tient également au fait que ce processus doit se dérouler le plus facilement possible. Rappelez-vous ce que vous avez lu ou regardé en ce qui concerne les personnes qui ont éprouvé des restrictions sévères à long terme (par exemple, la faim): plus elles satisfont leur besoin de façon abrupte et abondante immédiatement, plus cela s'avère destructeur pour leur santé. Le même principe de la médecine

12 Par exemple, pendant la pandémie de COVID-19, la politique de nombreuses cliniques exigeait qu'une seule personne soit présente pendant l'accouchement, mettant ainsi les parents potentiels en danger lorsque l'un d'eux devait manquer l'accouchement.

13 Cela est dû à la dynamique psychologique normale de la séparation, qui comprend d'une manière ou d'une autre les étapes suivantes: 1) déni; 2) expression de sentiments (le plus souvent colère); 3) négociation interne; 4) découragement (voire dépression); 5) prise de conscience de l'inévitabilité de l'acceptation.

14 Il est également important de se rappeler, qu'une porteuse gestationnelle peut avoir une dépression post-natale pour des raisons biologiques (changements brusques des niveaux hormonaux). Ses symptômes sont: 1) humeur dépressive; 2) anxiété, peur; 3) troubles du sommeil et de l'appétit (augmentation ou absence d'appétit); 4) manque de plaisir, de joie; 5) négligence envers soi-même; 6) pensées négatives obsessionnelles; 7) sentiment que vous ne faites pas face à vos responsabilités; 8) sentiments de culpabilité, d'apathie, de désespoir. Si vous ressentez ces symptômes, essayez de passer un test de dépression post-natale (Échelle de dépression post-natale d'Édimbourg). Un résultat supérieur à 5 points est une raison pour demander de toute urgence une aide psychologique professionnelle.

orientale – «une substance est un médicament dans une certaine proportion et un poison dans une autre» - détermine le processus de récupération après l'accouchement, qu'il s'agisse d'un état physique ou mental¹⁵. Permettez d'abord au corps de récupérer naturellement et commencez ensuite seulement à l'aider avec des efforts particuliers.

Pour la réadaptation mentale, il est important que vous soyez non seulement en contact avec votre corps, vos sentiments, vos pensées, mais que vous ayez également la possibilité d'en discuter directement et honnêtement. C'est pourquoi il est important de s'y préparer à l'avance en faisant appel aux services d'un coordinateur de clinique de reproduction ou en choisissant un spécialiste extérieur.

Si cela était stipulé dans le contrat, la dernière étape est la préparation psychologique à *l'interaction postnatale de la porteuse gestationnelle avec la famille et le bébé né*. Cela peut s'avérer très utile en matière de rééducation et de resocialisation, lorsque vous analysez, seul ou avec un psychologue, l'abandon psychologique et la séparation du bébé afin de valider que tout va bien pour l'enfant. Cependant, à long terme, une telle interaction peut s'avérer destructrice, principalement pour la porteuse gestationnelle, surtout s'il n'y a pas de traitement psychologique des sentiments et les changements normales de séparation sont donc inhibés. Dans ce cas, beaucoup dépend de la réponse à la question – pourquoi en avez-vous personnellement besoin? La MSG peut être soit juste un épisode de votre vie, soit en faire partie intégrante, et quel que soit le choix que vous faites, vous devez donner un sens à la MSG pour qu'elle soit psychologiquement saine.

¹⁵ Notamment en ce qui concerne l'alimentation et les activités sportives afin d'acquérir une forme physique prénatale.



SECTION 3. MSG DANS DIFFÉRENTS TYPES DE FAMILLES

3.1 Particularités de la MSG dans les familles de même sexe

À partir du dernier tiers du XXe siècle, la culture occidentale a commencé à élargir l'idée selon laquelle la parentalité n'est pas le privilège exclusif de l'hétérosexualité. Des changements libéraux ont été apportés aux lois de nombreux pays concernant le mariage homosexuel et les droits des couples homosexuels à l'adoption. Aux États-Unis, selon diverses estimations, en 2015, entre 2 et 3,7 millions d'enfants de moins de 18 ans pourraient avoir des parents de la communauté LGBT, et environ 200 000 étaient élevés par des

couples de même sexe, des pères homosexuels¹⁶.

Comme le montrent les recherches, la question «être ou ne pas être?» les parents dans les familles de même sexe est décidée sous l'influence de divers facteurs: sociodémographiques, personnels, présence d'un éventuel soutien social, etc. Les hommes sont plus susceptibles de ressentir la pression des préjugés contre leur paternité de la part de la société, y compris ceux fondés sur leurs soupçons de pédophilie et l'hypothèse qu'ils élèveront des enfants homosexuels. Ceux qui ont vécu des manifestations d'homophobie se caractérisent par une motivation parentale instable associée à la crainte que les enfants soient également persécutés, dès l'âge scolaire. Le plus souvent, les rencontres et/ou les amitiés avec d'autres familles de même sexe avec enfants sont ce qui incite les couples de même sexe à prendre une décision concernant la parentalité.

Les couples de même sexe deviennent parents de trois manières principales:

1. à la suite de relations hétérosexuelles de l'un des partenaires (généralement antérieures),
2. acceptation d'un enfant à la garde,
3. en utilisant de la TPA.

Ces dernières années, un nombre croissant de familles homosexuelles avec enfants ont été créées par le biais de familles d'accueil. Il convient de noter que le processus de sélection des parents adoptifs pour les couples de même sexe est particulièrement strict. En outre, les agences d'adoption ont tendance à placer les enfants issus des milieux sociaux les plus difficiles et ayant les comportements les plus difficiles dans des familles de même sexe. Par conséquent, en plus des facteurs de stress généralement vécus par les parents adoptifs, les parents non traditionnels peuvent être confrontés à une stigmatisation concernant leur identité sexuelle,

16. Il est intéressant de noter que même si le nombre d'études consacrées aux familles «paternelles» augmente chaque décennie, elles sont encore beaucoup moins nombreuses que les familles «maternelles».

ce qui entraîne une augmentation des niveaux de stress parental (en particulier pour ceux qui sont particulièrement sensibles à une telle stigmatisation). Malgré la libéralisation des lois, la parentalité homosexuelle continue d'être remise en question et le risque perçu est associé à la santé psychosociale des enfants risquant en jeu.

Les recherches montrent que les parents et les enfants des familles de même sexe fonctionnent assez bien. Selon M. Rosenfeld, en termes de niveau de réussite scolaire, de compétence sociale et de qualité des relations avec leurs pairs, ces enfants ne sont pas fondamentalement différents des enfants de parents hétérosexuels. Selon Erich et coauteurs (2009), un niveau plus élevé d'attachement parent-enfant ne dépend pas de l'orientation sexuelle du parent adoptif; l'attachement des adolescents à leurs parents est lié à leur satisfaction dans la vie et, pour les parents, à la qualité des relations avec l'enfant adopté. Selon Susan Golombok et coauteurs (2014), les pères homosexuels ont démontré des niveaux plus élevés de chaleur, de l'empathie émotionnelle, une plus grande interaction et des niveaux plus faibles d'agressivité «disciplinaire» par rapport aux parents hétérosexuels. Tout cela peut suggérer que les pères homosexuels sont doués de s'occuper d'enfants qui ont vécu dans des circonstances défavorisées, que les hommes peuvent être aussi compétents que les femmes pour élever des enfants et que l'absence d'une mère n'a pas nécessairement de conséquences néfastes sur l'adaptation de l'enfant. Cela est probablement dû au fait que les homosexuels s'efforcent de répondre à des normes élevées en tant que parents (surtout compte tenu des difficultés auxquelles ils sont confrontés lors de l'adoption d'enfants) et tentent de prouver leur réussite dans ce rôle en réponse à la stigmatisation du monde extérieur. Parce qu'ils doivent consacrer plus d'efforts à la parentalité, ils sont en mesure d'offrir un environnement parental très positif à leurs enfants; en moyenne, ils sont plus «dévoués» à la parentalité et prêts à ce travail acharné que leurs pairs hétérosexuels, ce qui a un impact favorable sur leurs enfants¹⁷.

17 Malgré une certaine similitude des résultats, les études sur les familles homosexuelles, comme le montrent Goldberg et Smith (2013), présentent un certain nombre de limites, comme un faible nombre de répondants, des biais en termes d'éducation et de sécurité matérielle, une dépendance à l'égard de la subjectivité des rapports parentaux (et le manque d'évaluations indé-

Dans le même temps, il existe un grave problème de plus grande vulnérabilité des enfants issus de familles homosexuelles par rapport à leurs pairs hétérosexuels. Ainsi, une comparaison de 3000 personnes sur 40 indicateurs (dont 175 enfants adultes issus de familles «féminines», 73 de familles «masculines»), réalisée dans le cadre de la New Family Structures Study (NFSS), a montré une image complexe des différences. Les enfants de pères homosexuels étaient statistiquement plus susceptibles de recevoir une aide gouvernementale pendant leur croissance, d'avoir eu des pensées suicidaires dans un passé récent, de signaler des infections sexuellement transmissibles, d'avoir subi des relations sexuelles forcées, d'être moins susceptibles de s'identifier comme complètement hétérosexuels, etc. Il convient de noter que chez les enfants adultes de mères lesbiennes, ces différences étaient encore plus significatives. Néanmoins, nous pouvons supposer avec certitude que le nombre de couples de même sexe élevant des enfants augmentera et la législation des pays démocratiques développés deviendra plus libérale.

Malheureusement, étant donné un certain manque de développement de problèmes psychologiques chez les parents potentiels de même sexe, le processus de la MSG peut provoquer et stimuler le développement d'une homophobie interne. Contrairement à l'homophobie externe (sociale, institutionnalisée, se manifestant par des formes légalisées de condamnation et de persécution des homosexuels), ce type d'homophobie est associé à l'attitude négative des homosexuels envers leur propre sexualité et leur moi, apprise au cours du processus de socialisation. Cela ne veut pas nécessairement dire que l'homosexuel n'aime pas sa sexualité; le plus souvent, ce concept combine des sentiments, des émotions, des pensées négatives concernant «l'autre» sexualité, par exemple l'anxiété, l'agitation, l'acceptation incomplète, etc.

pendantes), des mesures de la situation réelle au moment de l'étude, tandis que les comportements problématiques peuvent augmenter à mesure que les enfants grandissent. La plupart des études se concentrent sur le présent: ce qui se passe au sein des familles pendant que les enfants sont encore sous la garde parentale, et reflètent les résultats rapportés par les adultes (répartition du travail entre les parents, modèles d'interaction quotidienne, rôles de genre, proximité émotionnelle entre parents et enfants, méthodes de discipline, etc.). Comme le souligne Regnerus (2012), on en sait moins sur les jeunes qui ont déjà vécu leur enfance et qui peuvent parler pour eux-mêmes.

Afin de pouvoir identifier l'homophobie interne, nous énumérons ses manifestations les plus fréquentes dans les stéréotypes.

1. Parfois, je présente mon partenaire aux autres en tant que sœur/frère, connaissance.
2. Je n'aime pas la sonorité des mots «gay» et «lesbienne».
3. Être lesbienne/gay/bisexuel/bisexuelle est bien mieux qu'être hétérosexuel/hétérosexuelle.
4. Je pense que faire d'élever des enfants dans une famille de même sexe n'est pas performant, car un enfant a absolument besoin d'un père et d'une mère.
5. Je ne suis pas gay/je ne suis pas lesbienne/je ne suis pas bisexuel/je ne suis pas bisexuelle. J'aime une personne très spécifique, il se trouve qu'elle est du même sexe que moi.
6. Parfois, je ressens du mépris pour les hétérosexuels.
7. Je ne comprends pas du tout de quoi parler ici: en fait, il n'y a pas de différences entre les homosexuels/bisexuels et les hétérosexuels.
8. Parfois, je refuse de porter des vêtements ou de me coiffer parce que d'autres peuvent me «reconnaître» comme gay/lesbienne/bisexuel/bisexuelle.
9. Je pense qu'il n'est absolument pas nécessaire d'afficher les relations homosexuelles en public.
10. Un enfant qui grandit dans une famille de même sexe aura beaucoup de problèmes parce que d'autres personnes le traiteront mal à cause de ses parents.
11. Je pense qu'être homosexuel est bien mieux que d'être gay/lesbienne/bisexuel/bisexuelle.
12. Lorsque les collaborateurs/étudiants de mon travail/lieu d'études discutent de leurs relations hétérosexuelles, j'écoute simplement en silence sans rien dire sur mes relations homosexuelles.
13. Je crois que la plupart de mes proches n'ont pas besoin de savoir sur mon orientation sexuelle.
14. Quand ils me parlent de me marier, je souris et je reste silencieux ou je m'en tire pas une plaisanterie.

15. Je ne parle délibérément pas de ma sexualité à certaines personnes parce que je veux les protéger du stress et des traumatismes psychologiques.
16. Il m'est arrivé de mentionner mon/ma partenaire en public, en l'appelant de manière impersonnelle, de sorte que son sexe ne pouvait pas être déterminé.

Pour les parents potentiels des familles de même sexe, sur la base de notre expérience professionnelle, nous donnons les recommandations psychologiques suivantes pour suivre le processus de la MSG.

1. Faites des recherches indépendantes sur les centres de reproduction. Cliniques de FIV, agences de maternité de substitution adaptées aux couples de même sexe. Comme ils collaborent souvent, sur la base de recommandations mutuelles, vous pouvez choisir l'option la plus appropriée pour la future parentalité en utilisant la MSG.
2. Étudiez la législation relative à la MSG dans votre pays (ou dans le pays où vous allez réaliser la procédure de la MSG); consultez un avocat compétent concernant les «pièges» pouvant vous attendre. N'oubliez pas que la législation dans ce domaine est assez dynamique et peut changer au cours du processus de la MSG. Veuillez noter que dans la plupart des pays, seul le nom du père biologique et de la mère porteuse figurera sur l'acte de naissance de l'enfant. Après la naissance, un travail juridique supplémentaire est requis pour la paternité avec deux pères.
3. Calculez un budget parental approximatif et évaluez vos capacités financières. Le fait est que le coût de la MSG pour les parents homosexuels était auparavant plus élevé. Actuellement, en raison de l'amélioration de la législation et de la libéralisation, le coût de ces services ne devrait pas différer de celui des couples hétérosexuels, si le centre de maternité de substitution adhère aux principes de tolérance et d'égalité. Si vous êtes salarié, contactez le service de personnel de votre

entreprise pour connaître le montant de vos congés payés et les couvertures qui s'offrent à vous et/ou à votre partenaire après la naissance de votre enfant.

4. Construisez et/ou développez votre réseau de soutien social dès le début. Il existe de nombreux groupes et organisations civiques offrant un soutien aux parents homosexuels pendant l'attente, pendant l'accouchement et au-delà. Le soutien par les pairs peut être un outil important d'adaptation psychologique pour les parents potentiels, quel que soit leur statut.
5. Utilisez selon sa destination directe le temps de préparation supplémentaire. Étant donné que les couples de même sexe savent généralement très tôt qu'ils pourraient devoir recourir à la technique de la MSG, ils sont mieux à même de s'y préparer psychologiquement, contrairement aux couples hétérosexuels, pour lesquels la MSG est généralement le dernier recours après de nombreuses déceptions dans la vie.
6. Décidez quel sperme sera utilisé dans la MSG et qui deviendra ainsi le père biologique avant de commencer le processus. Dans le cas où les doutes et les contradictions sont si forts qu'ils ne peuvent être résolus de manière indépendante par le couple ou avec l'aide de la médiation d'un employé du centre de reproduction, par exemple en choisissant un partenaire dont le sperme est de la meilleure qualité (ou en consultant un professionnel avec un psychothérapeute familial), une des options de compromis peut être la fécondation de plusieurs ovules pour le transfert et l'utilisation des spermatozoïdes des deux partenaires. De plus, d'un point de vue juridique, une mère porteuse distincte doit être préparée pour chacun des partenaires. Cela permet aux deux de devenir père biologique à différentes étapes de la formation de la famille, puisque la plupart des pays n'autorisent pas le transfert simultané de 3 gamètes (donneuse d'ovules + père 1 + père 2). Le transfert d'embryons de pères différents dans l'utérus de la même mère porteuse est illégal.
7. S'armez de patience. La sélection d'une mère porteuse dispo-

sée à aider un couple de même sexe peut, dans certains cas, prendre beaucoup de temps. Cela dépend de nombreuses circonstances, par exemple du pays, des lois du pays dans lequel la MSG sera effectuée. Les centres professionnels de maternité de substitution effectuent des contrôles médicaux et juridiques approfondis des candidats, ce qui prendra un certain temps.

8. Allez demander des renseignements le plus possible sur la grossesse. Pour des raisons évidentes, les hommes n'étudient pas toujours toutes les subtilités de la grossesse dans la même mesure que les femmes. Par conséquent, certains hommes peuvent être moins préparés aux expériences d'une mère porteuse et à l'interaction avec elle pendant la grossesse. Pour mieux comprendre toutes les nuances, achetez de la littérature destinée aux femmes enceintes ou utilisez diverses ressources d'information modernes (par exemple, des applications interactives). Sur la base des informations recueillies, discutez chaque semaine avec votre partenaire de la façon dont votre enfant grandit et se développe. Cela vous aidera à comprendre et à vous adapter avec empathie à ce que vit la mère porteuse à ce stade de la grossesse. Aussi, si possible, suivez un cours prénatal pour savoir à quoi et comment se préparer pour prendre soin d'un nouveau-né. Ces cours prénatals vous aideront à renforcer votre confiance en vous et à comprendre votre bébé mieux et plus rapidement. Trouvez à l'avance une nounou professionnelle ou un membre de la famille possédant les compétences nécessaires pour prendre soin des nouveau-nés si vous avez besoin d'aide et de soutien pendant la première étape lorsque vous soigner de votre bébé.
9. Soyez en contact avec la mère porteuse ou votre coordinateur de programme selon le type de contrat choisi. Discutez avec elles de ce qui vous intéresse actuellement et planifiez les accouchements futurs. Renseignez-vous notamment à l'avance sur la façon dont elles perçoivent votre participation à l'accouchement afin que toutes les personnes impliquées

dans le processus puissent se préparer à l'avance et que chacun se sente à l'aise en ce jour important.

10. Déterminez les rôles. Dans les couples hétérosexuels, les rôles traditionnels de mère et de père ainsi que les titres et attentes de rôle qui leur sont associés se répartissent assez facilement. Ils peuvent être assez variables, mais présentent également une grande flexibilité. Pour les familles de même sexe, cela peut être une question sensible. Par conséquent, il est préférable de discuter et de se mettre d'accord avant de commencer le processus de la MSG.
11. Préparez-vous à l'avance à répondre aux questions des autres sur où et exactement comment vous avez eu votre enfant. Les couples hétérosexuels ne révèlent pas toujours que leur enfant est né à la suite de la MSG et ont plus de liberté pour choisir quand et avec qui ils partagent les détails de leur parentalité. Les couples de même sexe sont plus susceptibles d'être confrontés à des questions intrusives, donc une préparation préalable permettra de sortir plus facilement et plus confortablement de telles situations incorrectes.
12. Créez votre propre «banque de mémoire» personnelle qui vous permettra ensuite de partager vos expériences avec d'autres couples de même sexe. Créez des souvenirs, conservez des souvenirs, tenez un journal et rappelez-vous que psychologiquement, vous êtes un parent dès le moment de la conception. La grossesse et l'accouchement ne sont que de petits chapitres de votre histoire parentale. Notez donc tout ce qui vous a aidé à ressentir personnellement cette parentalité, remplissez-la de bonheur et de responsabilité.

3.2 Particularités de la MSG en cas de parent autonome

L'une des conséquences d'une série de crises systémiques vécues par la civilisation européenne à la fin du XXe et au début du XXIe siècle a été la *tyrannie des opportunités* selon les mots des sociologues allemands Ulrich Beck et Elisabeth Beck-Gernsheim. Si auparavant la plupart des gens, quels que soient leur origine, leur

éducation, leur statut social, etc. avec l'une ou l'autre variante, ont suivi le sentier battu «école – collège – mariage – famille – enfants», mais aujourd'hui, ces chemins sont bien plus nombreux et plus diversifiés. En particulier, lorsque nous réfléchissons au besoin de partenaires de vie, nous partons de plus en plus du «je veux» et non du «il faut» ou du «c'est l'usage». La vie personnelle est devenue un projet individuel pouvant être mis en œuvre de presque toutes les manières. L'une de ces possibilités est la possibilité de devenir un *parent autonome*, c'est-à-dire un parent qui n'est pas dans une relation formellement enregistrée ou même informelle¹⁸. Parce qu'il jette un défi au modèle familial biparental typique de nombreux pays traditionalistes, il est en quelque sorte stigmatisé et interdit.

En effet, dans les trois principales formes de compréhension du monde – art, science et religion – une telle autonomie est interprétée comme une solitude et, dans le cadre de la civilisation européenne, a des connotations complexes. D'une part, ils reconnaissent le caractère inévitable (angl. single – une personne pas impliquée dans aucun type de relation amoureuse, qu'il s'agisse de mariage ou de rencontres régulières), dans le cadre de notre travail avec des parents potentiels, nous préférons utiliser le concept de parentalité autonome, en mettant l'accent sémantique sur l'autosuffisance et la «bonne qualité suffisante», dont nous avons parlé dans la première section.

D'autre part, ils la glorifient et la valorisent, la glorifient et la poétisent, d'autre part, ils la considèrent comme une manifestation de «l'incomplétude» (au mieux) ou même de la pathologie (au pire) de la vie humaine¹⁹. À cet égard, il existe de nombreuses tentatives pour comprendre ce phénomène dans son intégrité et son incohérence²⁰, pour construire des modèles unidimensionnels et multidimensionnels.

18 Sachant que dans la littérature scientifique, le concept de seul est utilisé pour désigner et décrire de telles personnes (angl. single – une personne pas impliquée dans aucun type de relation amoureuse, qu'il s'agisse de mariage ou de rencontres régulières), dans le cadre de notre travail avec des parents potentiels, nous préférons utiliser le concept de parentalité autonome, en mettant l'accent sémantique sur l'autosuffisance et la «bonne qualité suffisante», dont nous avons parlé dans la première section.

19 Ainsi, de nombreuses études montrent l'impact négatif de la solitude sur la qualité de vie globale, les indicateurs de santé physique (par exemple, le niveau d'hormones de stress dans le sang, la tension artérielle, l'immunité, etc.), le risque de fréquence et apparition d'états dépressifs, etc.

20 Par exemple, le philosophe M. Buber oppose la solitude improductive à la solitude insouciante permettant de repenser et de se retrouver. L'un des fondateurs du «néo-freudisme», K. Horney, parle «d'élimination névrotique» manifestant dans la solitude comme moyen d'éviter les tensions surgissant dans la communication interpersonnelle. Le psychologue J. Baines a fait la distinction entre la solitude naturelle, qui pousse une personne dans une rencontre intime avec une autre, et la solitude névrotique, dans laquelle seule l'illusion du contact peut exister. La solitude névrotique, selon lui, est la conséquence d'une tendance au narcissisme, à la timidité, à un complexe d'incompétence ou à un traumatisme psychologique de l'enfance. Dans le même temps, une personne névrosée seule peut afficher sa solitude, s'opposer aux autres et se retirer de sa propre vie émotionnelle. Kumar Upadhyay identifie trois approches psychologiques du phénomène de solitude: 1) associée au manque de satisfaction du besoin congénital d'une personne d'intimité psychologique avec d'autres personnes; 2) associé à l'évaluation négative par une personne de son environnement social; 3) associé à un nombre insuffisant de liens sociaux existants.

mensionnels²¹.

Sans s'attarder plus en détail sur l'analyse psychologique des causes de la solitude, constatons simplement que parmi de nombreux célibataires, l'idée d'une parentalité autonome avec l'aide de la TPA et, en particulier, de la technologie de la MSG est de plus en plus répandue. Les hommes et les femmes, ayant choisi l'éducation et une carrière au début de leur vie, ne veulent plus ensuite choisir le format traditionnel des relations et de la famille pour leur vie. Le sociologue Eric Kleinberg estime généralement que nous vivons à une époque d'expérience sociale unique: «Pour la première fois dans l'histoire, un nombre important d'habitants de la planète de tous âges, ayant des opinions politiques très diverses, ont commencé à vivre seuls»²². À titre d'illustration, les statistiques montrent qu'entre 2009 et 2021, le nombre de ménages en solo a augmenté de près d'un tiers dans l'Union européenne; en Suède, en Norvège et en Finlande, le nombre de ménages enregistrés par personne est désormais d'au moins la moitié; au Danemark, il y a près de deux millions de maisons et d'appartements de plus que les familles et les couples. De plus, il y a au moins 20% plus de femmes vivant seules dans ce pays que d'hommes célibataires²³.

Dans le même temps, il s'avère que les célibataires sont bénéfiques à l'économie moderne: ils dépensent plus de nourriture, de matériaux d'emballage, d'électricité, de gaz, etc. L'urbanisation avec

21 Les modèles unidimensionnels de solitude (par exemple D. Russell, L. Peplau, M. Ferguson) la réduisent à un sentiment unitaire dont l'intensité dépend d'une combinaison de déficits dans diverses relations interpersonnelles. Les modèles multidimensionnels de solitude (par exemple, R. Weiss) considèrent et quantifient différentes composantes, relativement indépendantes, du sentiment de solitude (par exemple, la solitude de l'isolement émotionnel et la solitude de l'isolement social); la première peut sous-tendre le désir d'avoir un enfant).

22 Dans l'ouvrage au titre caractéristique «*Vie en solo. Nouvelle réalité sociale*», il écrit: «Pour une nouvelle génération de futurs professionnels âgés de 20 à 35 ans, cette période de carrière est le moment le plus inopportun pour se marier et s'immerger dans la vie de famille. Durant cette période, il est nécessaire d'étudier et de travailler pour faire bonne impression. Nous donnons entièrement notre temps à nos professeurs ou à nos employeurs et consacrons nos heures et minutes libres à travailler sur nous-mêmes. Nous acquérons de nouvelles compétences et capacités. Mettons en valeur notre polyvalence. Voyageons. Nous changeons de lieu de résidence. Nous créons notre cercle de contacts. Nous travaillons sur notre propre réputation. Nous escaladons les échelles de carrière. Nous envoyons le curriculum vitae et trouvons un meilleur emploi que le précédent – et nous le faisons encore et encore. Il est beaucoup plus facile de poursuivre sa carrière quand on n'est lié par personne ou quoi que ce soit, et encore mieux quand on vit seul.

23 Selon Euromonitor International, de 2012 à 2020, le nombre de personnes vivant seules a augmenté de 47,1 millions dans le monde. Par pays: 1. États-Unis (36,3 millions de ménages individuels), 2. Chine (31,6 millions), 3. Japon (18,2 millions), 4. Inde (17,4 millions), 5. Allemagne (15,5 millions), 6. Russie (12,9 millions).

son économie de services stimule également le choix en faveur de la vie solitaire: si en 1960 les deux tiers de la population mondiale vivaient dans des villages, aujourd'hui plus de la moitié vit en ville. Les célibataires sont bénéfiques à l'économie à bien des égards. Des chercheurs de l'Université du Michigan ont découvert qu'ils consomment environ 40% plus de nourriture et plus de matériaux d'emballage, 55% plus d'électricité et 61% plus de gaz par personne qu'une famille standard de deux enfants. Les personnes pas alourdis par les liens d'une relation permanente vont plus souvent au restaurant, y laissent plus d'argent et utilisent plus activement d'autres services de consommation. Les célibataires (surtout les femmes) deviennent des consommateurs de plus en plus actifs sur le marché immobilier. Aux États-Unis, où plus de la moitié des adultes américains sont célibataires, les femmes célibataires représentent 19% des acheteurs de maison, soit deux fois plus que les hommes célibataires.

La tendance à l'autonomie a atteint de telles proportions que dans le monde occidental (notamment aux États-Unis et au Japon) le phénomène de la *sologamie* – un mariage avec soi-même – a émergé et a réussi à occuper une niche stable dans l'industrie du mariage occidentale²⁴. Le plus souvent, un tel service est utilisé par des filles célibataires et riches qui souhaitent démontrer au monde, d'une part, leur autosuffisance et, d'autre part, leur conformité aux attentes de la société, où la valeur du mariage est toujours haut. La sociologue Polina Aronson, auteur d'un livre au titre caractéristique «Amour: faites-le vous-même. Comment nous sommes devenus gestionnaires de nos sentiments» estime que c'est l'une des manifestations de l'ère du capitalisme émotionnel, où les relations avec soi deviennent aussi importantes que les relations avec les autres.

«Aujourd'hui, le risque juste physiologique de «tomber enceinte par accident» a été remplacé par le risque émotionnel de «se figer» - tout comme le danger de pauvreté

24 La demande crée l'offre: il existe des cours spéciaux et même des gadgets pour cela. Par exemple, la société suédoise Single Ring produit depuis 2005 des bagues pour célibataires, qu'il est recommandé de porter à l'annulaire de la main droite. Et via le site de la société américaine Imarriedme.com, vous pouvez acheter non seulement des bagues, mais aussi tout un ensemble pour un tel mariage: faire-part, serments à vous-même, etc.

immédiate a été remplacé par la menace de dépendance au crédit»

P. Aronson

Selon elle, l'un des catalyseurs de la sologamie était les nouvelles technologies de rencontres (applications Tinder, Pure, etc.). Selon Aronson, les risques de sacrifier son capital émotionnel peuvent être si grands, et le désir de «respecter les limites» est si fort que tomber amoureux (sans parler de relationner) devient trop coûteux pour les habitants jeunes et instruits des mégapoles. Le sexe sans engagement et l'asexualité commencent à se développer. Comme le montre l'expérience de la pandémie, s'asseoir sous une couverture pour regarder une série télévisée ou discuter tranquillement est pour beaucoup une façon plus confortable de passer du temps que d'aller à un rendez-vous. Vivre seul est également plus pratique pour beaucoup que de relationner, et surtout créer une famille.

«On passe d'un appartement loué à un autre, d'une expérience à une autre. Ce mode de vie fait partie de la gig economy – «économie de l'événement». De plus en plus de personnes optent pour un format basé sur des projets, tant pour le travail que pour les relations. Le statut d'entrepreneur individuel que beaucoup d'entre nous possèdent s'étend à l'amour. Nous devenons des entrepreneurs émotionnels individuels de nos vies. Vous devez constamment décider comment et où investir du temps et des ressources émotionnelles, en évaluant les risques de ces investissements à la vitesse d'un swipe. Nous sommes devenus comme les chauffeurs «Uber», pour qui il est important d'être au bon moment, au bon endroit avec le bon produit. Le corps est aussi notre «Uber» personnel. C'est une ressource pour les transactions de toute nature – intimes, intellectuelles – et doit donc être constamment optimisée»

P. Aronson

Dans le même temps, de nombreuses données confirment que grâce à la technologie, les personnes seules communiquent beaucoup plus et plus intensément que celles qui ont une famille traditionnelle. Peut-être parce que les premiers disposent simplement de plus de temps et de ressources pour entretenir des liens sociaux. Ainsi, les pays scandinaves sont les leaders mondiaux en nombre de célibataires et, en même temps, ils occupent les premières places du classement des pays les plus heureux du monde.

«Ce n'est pas le fait qu'une personne vive seule qui est important. Il est important s'il se sent seul. Notre expérience de vie fournit suffisamment de preuves pour étayer une telle conclusion. Quiconque a divorcé ou séparé de son conjoint confirmera qu'il n'y a pas de vie plus solitaire que de vivre avec une personne qu'on n'aime pas»

E. Kleinenberg

Choisir de vivre sans partenaire aujourd'hui ne signifie pas sans enfants. Et la naissance d'enfants, à son tour, n'implique pas nécessairement le mariage et l'existence des relations en principe. Mais malheureusement, une stigmatisation persistante peut nuire à la relation entre parents autonomes et enfants. Cependant, les enfants de parents autonomes nés grâce à la TPA ne sont pas plus susceptibles de souffrir de traumatismes émotionnels que les autres enfants. Des études longitudinales systématiques montrent que ces enfants fonctionnent bien et que les différences d'adaptation psychologique sont davantage liées à d'autres processus qu'à la structure familiale. Une conscience sociale accrue et une lutte contre les stéréotypes peuvent conduire à la déconstruction des conceptions traditionnelles du concept de famille et à une réduction significative, voire à la disparition de la stigmatisation.

Si vous choisissez consciemment une parentalité autonome utilisant la technologie de la MSG, nous vous recommandons d'utiliser les procédures suivantes.

1. Comprenez votre propre motivation à devenir parent, analysez

vos doutes avant de commencer. Il est préférable de le faire avec l'aide d'un professionnel, alors discutez-en avec votre psychothérapeute personnel ou le psychologue de votre clinique de reproduction. Si cela n'est pas possible pour vous pour une raison quelconque, vous pouvez passer vous-même les exercices suivants. Tout d'abord, écrivez les adjectifs qui vous décrivent sur une feuille de papier. Prendre une pause. Faites ensuite une liste d'adjectifs qui vous décrivent comme une bonne mère ou un bon père. Et puis comparez les listes. Combien de points correspondent? Cet exercice permet de comprendre à quel point vous correspondez à l'image d'un parent dans votre esprit. Deuxièmement, prenez deux chaises et imaginez mentalement que l'une symbolise la vie avec un enfant et la seconde sans lui. Placez-les à distance l'un d'autre. Asseyez-vous sur la première chaise, pensez à votre éventuel enfant et écoutez votre corps. Comment vos sentiments ont-ils changé? Est-ce devenu plus facile ou plus difficile? Êtes-vous stressant ou relâché? Écrivez tout ce que vous avez ressenti. Ensuite, levez-vous et prenez quelques respirations profondes. Ensuite, asseyez-vous sur la deuxième chaise et écoutez-vous. Maintenant, levez-vous et voyez quelle chaise vous convient le mieux.

Une décision importante est choisir entre la procédure d'adoption et la MSG. De notre point de vue, les avantages de la MSG sont:

1. lien génétique et forte probabilité de santé génétique de l'enfant, sur laquelle la mère porteuse n'influence en aucune façon;
 2. capacité de sélectionner certaines caractéristiques biologiques primaires de l'enfant (par exemple, le sexe);
 3. surveillance constante du processus;
 4. plus grand anonymat;
 5. accompagnement juridique contrôlé (comme nous l'avons déjà noté, toutes les étapes et nuances de la MSG sont prescrites de manière très détaillée dans les contrats juridiques);
 6. plus grandes opportunités d'engagement et d'empathie.
- Pour certaines personnes, les inconvénients majeurs de la tech-

nique de la MSG sont la stigmatisation, la plus grande complexité et la longueur du processus, le coût et parfois l'absence d'agrément fiscaux et autres avantages.

2. Choisissez une clinique ou une agence de reproduction respectueuse. Ne vous fiez pas uniquement aux avis et aux recommandations (en particulier les forums en ligne), visitez et parlez en personne.

3. Réfléchissez à la façon dont vous choisirez un/e donneur/se de matériel biologique. Un parent potentiel autonome est plus susceptible de rechercher un/e donneur/se idéal/e qui non seulement lui ressemble en apparence (ou a l'image d'un partenaire idéal), mais qui possède également certains passe-temps ou traits de personnalité. Cela peut non seulement prendre beaucoup de temps, mais aussi être quelque peu frustrant, surtout si cela est dû à un narcissisme personnel²⁵. C'est pourquoi nous vous recommandons vivement d'en discuter avec votre psychothérapeute personnel ou votre coordonnateur/coordinatrice de clinique de reproduction.

4. Déterminez les critères pour choisir une mère porteuse avec un/e coordinateur/trice d'une clinique de reproduction ou d'un centre de maternité de substitution. En plus de ce que nous avons recommandé dans la sous-section correspondante, considérez que, d'une part, un mode de vie autonome permet d'aborder cela de manière plus fonctionnelle, pragmatique, d'autre part, il peut provoquer un transfert psychologique des sentiments vers le mère porteuse et résultant en illusion d'une proximité familiale avec elle.

5. Calculez vos ressources pour assumer de manière responsable les nouvelles responsabilités familiales et parentales. À la naissance

25 Nous avons déjà utilisé ce concept à plusieurs reprises dans le texte, il est donc temps de comprendre ce que cela signifie et comment le diagnostiquer. Du point de vue de la Classification internationale des maladies, pour qu'une personne reçoive un diagnostic de trouble narcissique, elle doit présenter au moins cinq des signes suivants: 1) *énorme fatuité*, lorsqu'une personne exagère ses propres talents et son succès, exigeant la même chose des autres, sans avoir du succès à la hauteur; 2) *fantasmes constants* sur les plus grands succès, le pouvoir, l'éclat, la beauté ou l'amour idéal; 3) *confiance en sa propre particularité et son originalité* (par conséquent, seules les personnes ou organisations ayant un statut spécial ou élevé peuvent la comprendre); 4) *besoin excessif d'être admiré*; 5) *sentiment qu'il a des droits particuliers* (en conséquence – attentes déraisonnables de la part des autres de faveur excessive ou respect automatique de ses attentes); 6) *attitude consumériste envers les gens, les utilisant à des fins égoïstes*; 7) *manque de compassion* (une personne ne veut pas comprendre les sentiments et les besoins des autres ni les sympathiser); 8) *envie ou conviction qu'il est enviable*; 9) *démonstration d'arrogance et d'insolence envers les autres*.

d'un enfant, votre vie de famille s'élargira, mais les responsabilités qui, dans une famille traditionnelle, sont réparties entre deux partenaires devront être assumées par un seul. Vous aurez peut-être besoin d'une aide extérieure et d'un changement assez radical de votre mode de vie habituel, notamment de sa rapidité. Selon K. Pickhart, la vitesse de vie d'un parent autonome peut être calculée métaphoriquement à l'aide de la formule scolaire: la vitesse est égale à la distance divisée par le temps. Remplacez-y la distance par des demandes liées à l'enfant, et la vitesse à laquelle vit un parent autonome peut être évaluée en comparant le nombre de demandes à satisfaire avec le temps réel disponible. Plus il y a de demandes et moins de temps, plus un parent autonome doit se dépasser et se précipiter pour tout faire. Pour réduire la vitesse, vous devrez soit réduire les demandes, soit ajouter plus de temps, ou l'un et l'autre. Dans le langage de la gestion du temps, un parent autonome doit apprendre à gérer trois moyens très importants: les objectifs, les normes, les limites. Les objectifs sont étroitement liés à la réussite. Des ambitions exagérées peuvent donner lieu à un rythme de vie exagéré. Les normes dictent la poursuite des idéaux. Ces personnes sont toujours pressées de répondre à leurs propres attentes et d'atteindre les normes élevées ayant pieds et poings liés. Les limites déterminent l'endurance. En s'efforçant de répondre à toutes les demandes des enfants pour les rendre heureux, un parent autonome est susceptible de faire en sorte qu'ils deviennent encore plus exigeants. Si les enfants sont autorisés à fixer les limites de leur rôle parental, la vie peut alors devenir un véritable cauchemar. À cet égard, nous vous recommandons de faire un exercice psychologique. Faites trois listes: 1) le nombre maximum d'objectifs, de normes et de limites avec lesquels vous seriez à l'aise de vivre; 2) un minimum détaillé d'objectifs, de normes et de limites, dont il est tout simplement impossible de se passer; 3) une liste d'objectifs, de normes et de limites modérés pouvant être pleinement réalisés sans exagérations.

6. Trouvez (si nécessaire, formez) des soutiens internes en vous. Cela vous permettra de garder confiance en vous et en justesse de vos décisions pendant tout le stress à venir, ainsi que d'être une

source fiable de ressources pour votre bébé. Métaphoriquement, cela peut être représenté sous la forme d'un jouet «poussah», dont le centre de gravité correctement situé permet de stabiliser, quelle que soit l'angle d'inclinaison: divers événements extérieurs peuvent nous faire tomber, mais l'essentiel est de se stabiliser. Nous vous recommandons plusieurs exercices simples qui vous permettront de le faire en utilisant votre corps.

Exercice «Aimant»

Marchez pieds nus dans votre chambre pendant environ 10 minutes, en essayant de sentir vos pieds autant que possible et en imaginant que vous êtes littéralement magnétisé au sol et que vous devez lever votre pied lentement et avec force. Puis il se presse avec force contre le sol. Essayez de ressentir la stabilité de la terre, sa fiabilité et soyez saturé de ce sentiment.

Exercice «Axe»

Levez-vous aussi stable que possible. Imaginez qu'il y ait un axe traversant votre colonne vertébrale et le centre de votre corps. Cela commence au haut, au-dessus de votre tête, puis pénètre dans le sol. Il s'agit d'un «barre intérieur» symbolique, d'un support étant toujours avec vous. Commencez à tourner autour de cet axe, lentement, d'abord dans le sens des aiguilles d'une montre, puis dans le sens inverse, puis dans les directions souhaitées. Ressentez comment vos pensées et vos sentiments changent en conséquence. Essayez de fixer l'image et la sensation du «barre» dans votre mémoire. Faites cet exercice pendant environ 10 minutes.

Exercice «Poussah»

Levez-vous debout, les pieds écartés à peu près à la largeur des épaules afin qu'ils soient doux et stables, tout en conservant leur force (par exemple, vous pouvez utiliser l'image de pattes de panthère). Placez vos mains sur votre bas-ventre, là où se trouvent notre

centre de gravité et notre équilibre. Imaginez-le comme une sorte de sphère. Commencez à balancer tout votre corps, lentement, tout en augmentant progressivement l'amplitude. Votre objectif est pour essayer de ressentir autant que possible cette sphère et comment il aide votre corps à rester stable malgré le balancement. La durée de l'exercice est d'environ 5 à 7 minutes.

Exercice «Squelette»

Cet exercice se fait pendant environ 10 minutes, allongé sur le dos dans une position ouverte, les bras et les jambes librement écartés. Imaginez-vous vous regarder de l'extérieur avec une vision radiographique et vous voyez le squelette à l'intérieur de votre corps. Considérez attentivement à quel point il est uni, fort et stable. C'est un soutien étant toujours avec vous. Maintenant, ressentez-le à l'intérieur de votre corps. Si, pour une raison quelconque, l'image qui s'est formée n'est pas complète et vous la ressentez moins dans certaines parties de votre corps, essayez de vous concentrer sur elles et de comprendre ce qui vous empêche d'être en contact avec elles et ce que vous devez faire pour ressentir tout votre corps.

Exercice «Saturation»

Couchez dorsal, placez vos mains sur votre bas-ventre. Imaginez le centre d'équilibre là-bas. De quelle couleur est-il? A quelle couleur associez-vous le support? Et maintenant, imaginez comment cette couleur se propage de la sphère dans tout votre corps, le sature, le remplissant de stabilité. Ressentez comment vos pensées et vos sentiments changent en conséquence. Faites de l'exercice environ 15 minutes.

Exercice «Racines»

Levez-vous fermement. Imaginez que vous êtes un germe prenant racines dans le sol. Les racines vont de vos pieds jusqu'au sol, vous permettant de résister à toutes les tempêtes, de vous impré-

gner des sucres de la terre et de grandir vers le haut. Si les racines provenant de chaque pied sont différentes (par exemple, certaines sont plus faibles que d'autres), transformez-les en celles dont vous avez besoin avec la puissance imaginative. Voyez comment vos pensées et vos sentiments changent.

Nous vous recommandons également de maîtriser et de mettre en œuvre dans votre vie courante le modèle PERMA, développé par le psychologue américain Martin Seligman et publié en 2011 dans le livre «Flourish» («S'épanouir»). «PERMA» comprend cinq éléments principaux affectant notre bien-être: 1) Émotion positive (Positive emotion); 2) Engagement (Engagement), lorsque nous expérimentons un «état de flux» (un sentiment subjectif d'arrêt du temps, nous perdons le sens du «moi», une concentration totale sur le présent); 3) Relations (Relationships); 4) Sens (Meaning) – ce qui surgit en nous en servant quelqu'un ou quelque chose qui est plus grand que nous-mêmes; 5) Succès et progrès (Achievement).

7. Réfléchissez à communiquer concernant la décision de la MSG et l'enfant avec des personnes importantes (parents, amis, collègues, etc.). Votre décision peut constituer un sérieux enjeu pour eux et pour vos relations futures, il vaudra donc mieux que cette communication ne soit pas spontanée et basée sur l'improvisation. Certains parents potentiels autonomes, pour diverses raisons, choisissent de ne pas dire la vérité sur la MSG, par exemple en racontant une «légende» selon laquelle l'enfant qui en résulte est le résultat d'une grossesse non planifiée suite à des relations sexuelles occasionnelles pendant des vacances ou un voyage d'affaires. La décision de révéler la vérité ou non sur la MSG dépend de votre situation de vie, de la législation de votre pays et de votre entourage. Nous vous recommandons d'essayer d'abord d'écrire ce que vous aimeriez leur dire, sous forme de lettres par exemple. Et seulement lorsque leur texte vous convient pleinement, commencez les répétitions pour l'exprimer. Ensuite, en tant que meilleur expert de vos propres relations, vous pouvez réfléchir aux questions et commentaires possibles de leur part, ainsi qu'à vos réponses.

8. Réformez ou créez votre nouvel entourage social favorable. Le fait d'être un parent autonome n'est pas du tout un motif de solitude (même si pour certains parents autonomes cela devient parfois un faux motif de fierté). N'oubliez pas que plus vous êtes isolé pendant la procédure de la MSG et après la naissance de votre bébé, plus vous deviendrez vulnérable au stress. Concentrez-vous sur le fait qu'un parent autonome a besoin de quatre types de soutien pour interagir psychologiquement intelligemment et élever un enfant: 1) répartition des responsabilités, 2) aide dans une situation critique, 3) communication et 4) écoute sympathique. De nombreux psychologues travaillant avec des parents autonomes recommandent de trouver une *personne de soutien* (support person), voire plusieurs personnes de soutien, sur lesquelles le parent potentiel peut pleinement se remettre. Par exemple, vous pourriez avoir une personne de soutien qui vous apportera un soutien émotionnel et une autre personne de soutien qui vous accompagnera pour l'accouchement. Il peut y en avoir autant que nécessaire. Certaines cliniques et agences proposent même une interaction avec de telles personnes de soutien (par exemple, lors d'événements importants ou lorsque des difficultés surviennent). Certains parents potentiels présentent la personne de soutien à la mère porteuse afin qu'elle puisse voir que le parent présumé, bien que choisissant un chemin de vie autonome, n'est pas seul. Cela a des implications psychologiques pour les mères porteuses, car elles peuvent ressentir une anxiété quant à leur autonomie en raison de leurs modèles culturels. Lorsqu'un enfant naît et le parent autonome s'adapte à la nouvelle situation, une personne de soutien peut l'aider tant dans la préparation des documents médicaux et juridiques que dans les activités ménagères quotidiennes (par exemple, conduire une auto).

9. Préparez le plus à l'avance l'espace de votre vie future avec votre enfant. Meublez une chambre d'enfant ou un lieu à proximité où se trouvera votre enfant²⁶, achetez le minimum de choses nécessaire (vêtements pour bébé, couches et produits d'hygiène pour

26. Certains parents préfèrent garder leurs enfants immédiatement dans une chambre séparée, d'autres ont un lit bébé dans la chambre et d'autres encore utilisent un lit bébé à côté du lit des parents.

bébé, jouets, etc.). En plus des avantages pratiques, la planification de votre espace et le choix des choses vous permettra de mieux comprendre vos attentes et de construire un lien empathique plus profond avec votre enfant à naître. Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter le/la coordinateur/trice du centre de substitution à ce propos.

10. Planifiez comment et par quels moyens vous compenserez les besoins de votre enfant qui, dans les familles traditionnelles, sont généralement satisfaits par le/la partenaire. Dans le cas d'une parentalité autonome, vous devenez automatiquement la seule source d'affection et d'identification pour votre enfant. À certains stades du développement, cela peut créer des difficultés psychologiques. Par exemple, la présence d'un deuxième parent permet à l'enfant d'apprendre à construire des relations non seulement dyadiques, mais aussi triadiques. Le parent de sexe opposé facilite l'identification et les modèles de relations avec le sexe opposé. Si vous assumez la tâche de satisfaire pleinement et de manière indépendante tous les besoins de votre enfant, cela peut résulter à être un fardeau écrasant et même contribuer au développement d'une **ambivalence pathologique**: une incohérence des perceptions et des émotions qui rendra difficile le développement normal de l'enfant. Si vous ne le planifiez pas, il est fort probable que d'autres personnes autour de vous ou la «bulle d'information» d'Internet le feront de manière aléatoire. Il est préférable de consulter un psychologue spécialisé dans le travail sur de telles relations enfant-parent pour que vos projets soient psychologiquement compétents et constructifs.

11. Pensez à des scénarios de vie pour votre enfant en cas de différents types de force majeure. En couple, le deuxième partenaire assume la responsabilité de l'enfant dans le cas où l'un des partenaires est arrivé à un malheur qui ne lui permet pas de continuer à exercer les fonctions parentales (maladie grave, mort, emprisonnement, etc.) dans la plupart des cas. Cela pose un problème grave en la parentalité autonome. Il vaudrait donc mieux que vous vous en occupiez à l'avance et que vous prépariez ceux à qui vous pourrez confier l'enfant. Cependant, il est important de comprendre qu'une mère porteuse ne peut pas être une telle personne.



SECTION 4. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PENDANT LA PÉRIODE POST-PARTUM

4.1 Quand et comment en parler à votre enfant?

Toute la période post-partum nécessite également un soutien psychologique systémique spécialisé pour les parents et l'enfant, des processus de socialisation et d'éducation se déroulant dans la famille. À différents âges, un tel soutien peut avoir une régularité, une intensité différente et ne pas nécessairement être associé aux participants précédents au processus de la MSG. Cependant, une «vérification» périodique de ses propres sentiments, pensées et actions liés au choix de la technique de la TPA pour le bonheur des parents, est une prévention psychologique et, dans un certain sens, une garantie de l'absence de conséquences négatives tardives de

la MSG.

En ce sens, le moment le plus difficile et le plus responsable de la vie d'une famille est celui de raconter à un enfant comment il est né. Chacun d'entre nous ayant des enfants sait combien il peut être parfois difficile de répondre aux questions spontanées et inhabituellement formulées des enfants; et s'ils concernent des sujets qui nous sont sensibles, le degré de complexité ne fait qu'augmenter. Pendant ce temps, COMMENT nous répondons, compte parfois pour un enfant bien plus que CE QUE nous répondons exactement. La réponse à la question de l'origine ne concerne pas seulement l'éducation sexuelle et les liens familiaux, mais l'existence, la valeur, le sens, la structure du monde et le rôle de l'enfant dans celui-ci. Si vous vous en remettez cette conversation au hasard cela peut résulter à une source assez puissante de problèmes psychologiques. C'est pourquoi le Comité de l'Éthique de la Société Américaine de Médecine Reproductive (ASRM) préconise que les parents divulguent l'histoire de la conception et de la naissance de leurs enfants. De plus, de nombreuses études prouvent que garder délibérément le secret sur l'origine d'un enfant peut avoir un impact négatif sur la mentalité de l'enfant et des parents eux-mêmes.

Dans le cas de la MSG, la non-divulgaration peut entraîner les problèmes psychologiques suivants:

1. stigmatisation de la MSG comme quelque chose de terrible ou de honteux, dont il faut garder le silence ou mentir pendant une période indéterminée, peut-être jusqu'à la fin de sa vie;
2. lourde charge psychologique pour les parents, ainsi que pour les membres de la famille et les amis initiés au secret de la MSG, provoquant et entretenant l'anxiété et les sentiments de culpabilité et de honte pour la non-divulgaration, atteignant parfois un niveau névrotique;
3. méfiance intra-familiale et distance émotionnelle protectrice;
4. traumatisme psychologique grave, si l'enfant découvre accidentellement cela et les réactions négatives qui en découlent

(y compris des symptômes psychosomatiques et même des poursuites judiciaires);

5. informations incomplètes, déformées et erronées pouvant devenir une partie de la base de l'identité de la personnalité de l'enfant (par exemple, les enfants peuvent remarquer des différences réelles ou apparentes entre leurs parents et eux-mêmes et les attribuer par erreur à la MSG).

Pour certains parents potentiels, la réticence n'est pas due au fait qu'ils ne réalisent pas l'importance d'expliquer à leurs enfants, mais à une indécision psychologique. Rationalisation universelle – attendons que l'enfant soit «en âge de comprendre». Parfois, cela conduit au fait que l'enfant n'est «pas assez adulte» jusqu'à la naissance de ses propres enfants. La règle psychologique est très simple: plus on tarde à le faire, plus il est difficile à expliquer.

Les experts de la MSG estiment que les jeunes enfants sont les plus ouverts d'esprit et les plus capables d'accepter et d'intégrer les informations concernant leur propre naissance non traditionnelle, et qu'elle ne devrait donc pas être reportée à un moment plus favorable. De plus, les enfants grandissent à des vitesses différentes et le monde qui les entoure les confronte de différentes manières à la question de leur origine, sans attendre le «moment favorable». Une fois que votre enfant a une compréhension minimale des mots, commencez à lui raconter l'histoire de son enfance sous différentes formes, même s'il ne comprend pas grand-chose de ce dont vous parlez au début. Peut-être qu'une porte d'entrée dans cette conversation serait de parler de la façon dont les bébés viennent au monde et de la façon dont certaines personnes ont besoin d'une aide supplémentaire pour ce faire. Plus vous vous pratiquez à raconter une histoire, plus vous vous sentirez à l'aise et confiant à chaque fois, et surtout à mesure que votre enfant grandit et peut mieux comprendre. Cette approche permettra aussi à l'enfant d'écouter régulièrement son histoire et de la rendre familière et naturelle²⁷.

27 La position de certains parents est de reporter une telle conversation jusqu'à ce que l'enfant ait appris les bases de la génétique et de la reproduction humaine à l'école. L'expérience montre que si cela est fait, l'information scolaire médiatisée par l'idéologie des auteurs des manuels/programmes scolaires, la vision du monde des professeurs et l'attitude des camarades de

Aussi les parents se sentiront plus à l'aise psychologiquement pour discuter de la biographie de l'enfant avec d'autres personnes au courant du secret.

C'est aussi simple pour la plupart des parents, que de s'asseoir et de parler des oiseaux et des abeilles. Mais pour les parents qui ont eu recours à une mère porteuse ou à un/e donneur/se pour concevoir leurs enfants, ce n'est pas tout à fait vrai. Si votre enfant a été porté par une mère porteuse ou a été conçu par un/e donneur/se, vous devrez un jour lui raconter l'histoire de sa conception. Après tout, vos enfants font autant partie de l'histoire que vous et ils se poseront des questions sur leur naissance dans ce monde

Stacy Swiderski

Le message principal de cette histoire *est l'histoire de personnes unies par l'amour pour contribuer à apporter une nouvelle vie à ce monde.* Émotionnellement, c'est *la fierté du moyen dont votre famille a été créé.*

Les documents que vous avez collectés au moment du passage (dont nous avons parlé dans l'une des sous-sections précédentes) vous seront utiles pour une telle conversation: vos photographies, photos de la porteuse gestationnelle et de sa famille²⁸, journal de grossesse, etc. Ils vous permettront de visualiser et de documenter ce que vous direz avec des mots. De plus, les petits enfants adorent regarder/lire des histoires sur eux-mêmes, et le matériel collecté et conçu comme un petit livre pour enfants est un excellent moyen d'expliquer clairement le rôle de chaque personne dans le processus de sa naissance. Rappelez-vous et essayez d'associer une histoire amusante à chacun. Plus vous pourrez donner des informations de plus en plus variées à votre enfant, plus sa compréhension du pro-

classe ne peut qu'aggraver le choc psychologique lié à la révélation du secret de sa propre origine.

²⁸ En ce qui concerne le/la donneur/se de matériel biologique (le plus souvent dans le cas de parents de même sexe et autonomes), vous pouvez rester anonyme, en expliquant que vous ne disposez vous-même d'aucune information, la confidentialité étant l'une des exigences de la procédure.

cessus de la MSG et, éventuellement, son sentiment d'identité seront profonds et clairs).

D'autres livres peuvent aussi être d'une grande aide dans ce type de conversations. Vous pouvez inclure leur lecture dans votre rituel de lecture de contes à dormir tous les soirs: *Hope & Will Have a Baby: The Gift of Surrogacy* d'Irene Celcer, *Why I'm So Special: A Book About Surrogacy* de Carla Lewis-Long, *Sophia's Broken Crayons: A Story of Surrogacy from a Young Child's Perspective* de Crystal A. Falk, *The Very Kind Koala: A Surrogacy Story for Children* de Kimberly Kluger-Bell.

Réfléchissez à la langue que vous allez parler avec votre enfant et pratiquez-vous à expliquer et à répondre aux questions avec les membres adultes de la famille et les amis. N'oubliez pas que ce ne sont pas seulement les valeurs scientifiques qui sont importantes, mais surtout être honnête et transparent. Dans un certain sens, on peut affirmer que révéler à un enfant de ses origines constitue la norme d'honnêteté au sein de la famille. Si vous rencontrez des difficultés ou si vous avez besoin de conseils professionnels, n'hésitez pas à contacter un psychologue, un psychothérapeute, un travailleur social ou un consultant d'un centre de reproduction.

Vous devez comprendre qu'une mère porteuse agit comme une nounou prénatale pendant la grossesse et n'a aucun parenté génétique avec l'enfant. Vous ne devez pas compter sur un parenté émotionnel et psychologique et lui transférer le rôle maternel, car cela peut causer un traumatisme psychologique. En règle générale, les mères porteuses ont leurs propres enfants et, avec la bonne approche et la bonne attitude psychologique, considèrent le processus de maternité de substitution comme un travail. Par conséquent, organiser des rencontres entre l'enfant, la mère biologique et sa famille peut ne pas répondre aux attentes et peut provoquer des difficultés émotionnelles.

Continuez à raconter l'histoire de votre enfant de manière simple et compréhensible à mesure que votre enfant grandit. Même si votre enfant ne comprend pas parfaitement les sujets de la conception, de la naissance et de la maternité de substitution, cela l'aidera à comprendre de façon naturelle le processus de maternité de subs-

titution à mesure que votre enfant grandira et sera plus informé. Les connaissances scolaires contribueront de manière synergique au progrès naturel.

Même si la charge émotionnelle de l'information diminue et devient, à un moment donné, simplement une partie normale de son histoire de vie, continuez à entretenir un dialogue avec votre enfant. Arrosez le germe de la fierté de ses origines et conservez une ouverture et une tolérance communes au monde.

Bon courage à poursuivre votre rêve d'avoir un enfant que soient les difficultés. Notre équipe professionnelle Success vous accompagnera toujours à toutes les étapes du programme de maternité de substitution. L'expérience colossale et de plusieurs années de notre équipe vous aidera sur le chemin vers votre bébé. Restez toujours ouvert et positif au succès, abordez de manière responsable la préparation à la naissance de votre enfant et la réalisation de votre rêve ne tardera pas à venir.

Votre chemin basé sur la confiance et l'amour vous mènera certainement à une parentalité réussie!

Cordialement et affectueusement vôtre, l'équipe Success

Contacts:

- www.surrogate-motherhood.com
- +905338401892 (Whatsapp)
- support@surrogate-motherhood.com