

Audition du 2 mars 2026 par le Comité consultatif national d'éthique

Ludovine de La Rochère, présidente du Syndicat de la Famille

M'adressant aux membres du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans le cadre des Etats généraux de la bioéthique 2026, j'examinerai, au regard des principes philosophiques fondant l'éthique, la gestation pour autrui et l'administration aux jeunes de traitements de transition à l'aune. Je rappellerai ces principes éthiques au fil de mon exposé.

LA GESTATION POUR AUTRUI

La gestation pour autrui a été annoncée en avril 2025 comme l'un des sujets de débat des Etats généraux de la bioéthique 2026, et c'est pourquoi je l'aborde.

Quel que soit le cadre existant ou l'absence de cadre, la GPA consiste à utiliser les capacités procréatives d'une femme pour obtenir un enfant au profit d'un tiers demandeur.

1. Nous sommes des vivants parmi les vivants : à cet égard, la GPA pose problème parce qu'elle maltraite le vivant.

Elle consiste en effet à forcer la nature :

- La GPA force le corps de la femme par le bousclement de son cycle pour l'adapter à celui d'une autre femme, la donneuse d'ovocytes.
- Elle force le corps de la femme par l'insémination d'un bébé sans lien génétique avec elle.
- Elle force le corps de la femme à garder le bébé par des injections quotidiennes d'hormones de synthèse.

Ce processus en fait des grossesses à hauts risques, lesquels concernent aussi bien la mère que l'enfant.

A cela s'ajoutent les risques sur la santé de la mère à moyen et long terme à cause de la prise quotidienne d'hormones sur une durée de 11 mois par grossesse en moyenne.

Et de fait, diverses études conduites récemment confirment les dangers encourus par l'enfant et la mère. Je vous transmettrai bien sûr volontiers les références de ces études¹.

- La GPA force aussi la nature sur le plan psychologique : en effet, la grossesse implique aussi le psychisme de la mère. Or dans la GPA, il est dit à la mère porteuse qu'elle n'est pas la mère. Et

¹ Notamment :

- Severe Maternal and Neonatal Morbidity Among Gestational Carriers A Cohort Study Maria P. Velez, MD, PhD... ; Annals of Internal Medicine, Nov. 2024

- Risk of severe maternal morbidity by maternal fertility status: a US study in 8 states. Barbara Luke, ScD, MPT... ; American Journal of obstetrics & gynecology, Feb. 2019

- Perinatal outcomes after natural conception versus IVF in gestational surrogates: a modal to evaluate IVF treatment versus maternal effects, Iren Woo, MD... ; Fertility, Dec. 2017

- Outcomes of surrogate pregnancies in California and hospital economics of surrogate maternity and newborn care, Yona Nicolau... ; World Journal of obstetrics & gynecology ; Nov. 2015

- Impact of ART on pregnancies in California: an analysis of maternity outcomes and insights into the added burden of neonatal intensive care, TA Merritt..., Journal of perinatology, Feb. 2014

elle-même entre dans cette logique afin de moins souffrir au moment de la séparation d'avec le bébé et ensuite.

La GPA, autrement dit, oblige la femme à lutter contre sa propre nature aussi bien au plan physique qu'au plan psychologique.

2. La capacité collective d'entrer en relation de justice et de concorde

La GPA est en contradiction avec la justice puisqu'elle consiste à utiliser une personne au profit d'une autre, c'est-à-dire à la traiter comme un moyen en vue d'une fin recherchée par un tiers.

Elle est également contraire à l'esprit de justice parce que la grossesse comprend toujours un risque de mortalité péri-natale, qui plus est majoré avec la GPA, je l'ai dit. Faire prendre des risques à une femme pour l'intérêt d'un autre est contraire à la justice.

Et du point de vue de la concorde, les nombreuses procédures devant les tribunaux britanniques, belges, américains et même français (Cf Julie) montrent que la GPA crée des conflits entre les personnes, dont l'enfant est le sujet. Ecartelé entre tous ceux qui le réclament, il en est la victime.

Ceci dit en précisant que ces procédures judiciaires concernent aussi bien des GPA rémunérées que des GPA indemnisées ; des GPA sur contrat écrit, via une agence ou pas ; ou via un accord moral, entre membres d'une même famille, entre amis ou entre connaissances.

Que l'affaire soit portée devant les tribunaux, ou seulement source de difficultés législatives nationales et internationales, la GPA crée des conflits de filiation.

En effet, de la GPA résulte une filiation dans laquelle la mère génétique, la mère gestationnelle et, le cas échéant, la mère sociale se trouvent en concurrence. Du côté paternel, le père biologique, le père juridique (l'époux de la mère porteuse) et le père ou les pères sociaux, suivant les cas, se trouvent aussi en concurrence.

Cette concurrence se situe au plan juridique, au plan anthropologique, mais aussi au plan psychologique. Là encore, enfant, femmes et hommes en sont les victimes : la donneuse d'ovocyte et la mère porteuse sont invisibilisées, le père biologique est indifférencié par rapport au père social, et la représentation de sa filiation est complexe pour l'enfant. Présenter la mère porteuse comme une sorte de nourrice étant inexact, l'enfant devenu adolescent pourra difficilement s'en satisfaire.

L'émiettement de sa filiation n'est pas juste pour l'enfant ni les adultes, et n'est pas conforme à la recherche de la concorde.

Quant à faire de l'enfant – qui n'est ni un bien ni un service – l'objet d'un contrat, lequel donnerait le droit de disposer de lui, c'est également contraire à des relations humaines de justice et de concorde.

Et puisque nous parlons du contrat : si la mère porteuse n'est pas rémunérée, cela peut-il rendre la GPA plus conforme à la justice : non puisque de nombreuses personnes impliquées dans la procédure gagnent de l'argent grâce à sa capacité procréative, grâce à tout ce qu'elle supporte, autrement dit « sur son dos » (le médecin, le biologiste, le laboratoire vendant les hormones, l'avocat, l'assureur, la clinique, etc.)

3. Habiter son corps dans le souci permanent de le respecter, afin que le collectif le respecte également (*le respect du corps, le sien et celui de l'autre, individuellement et collectivement*).

Instrumentaliser le corps d'une femme, piétiner le secret médical qui la concerne, lui imposer son mode de vie, lui interdire toutes relations intimes y compris avec son conjoint, bouleverser son cycle, lui faire supporter la grossesse, l'accouchement et les suites de couches sans enfant dans les bras ensuite, ne respecte pas son corps, ni celui de l'enfant. La femme a en effet besoin du contact avec l'enfant pour la délivrance et pour se remettre physiquement et psychiquement, tout comme le lien mère-enfant est nécessaire à l'enfant après la naissance, dans le prolongement de sa vie foétale.

Juridiquement, la GPA est même une forme d'esclavage.

En effet, la Convention relative à l'esclavage de 1926 stipule à l'alinéa 1 de son article 1^{er} : « **L'esclavage est l'état ou condition d'un individu sur lequel s'exercent les attributs du droit de propriété ou certains d'entre eux** ».

La GPA est par conséquent une forme d'esclavage, aussi bien de la femme que de l'enfant puisque les intermédiaires et commanditaires disposent d'eux suivant leur volonté et leur intérêt.

Certes, des femmes sont dites consentantes, ou même se disent consentantes, MAIS :

- Les mères porteuses, dans leur contrat, s'engagent de toute façon, à ne jamais critiquer ce qu'elles ont vécues, sous peine de procédure judiciaire à leur encontre.
- Le consentement des mères porteuses exprimé sur les réseaux sociaux ou même dans la presse est généralement payé cher par les agences et les commanditaires.
- Le consentement, enfin, peut-être le fait d'une profonde blessure affective qui a fait naître un besoin illimité de reconnaissance, de l'addiction à une forme de toute-puissance, à une névrose narcissique. Je vous invite, à ce sujet, à écouter Kim, mère porteuse britannique « consentante ». Elle témoigne longuement dans le documentaire de Bernard de La Villardière : « La Face cachée de la GPA », disponible sur la plateforme TF1+.

Quoiqu'il en soit, au regard du Protocole international relatif à la traite des personnes, le consentement d'une victime à l'exploitation n'en fait pas moins une victime.

On remarquera, d'ailleurs, que la définition de l'esclavage figurant dans la Convention précitée ne comporte pas de condition de contrainte.

Il en ressort que la GPA est aussi contraire au respect du corps.

4. La nécessité de poser des limites objectives aux droits purement subjectifs d'un individu qui se voudrait souverain.

Quelles que soient les modalités, **la GPA consiste à utiliser une femme pour l'inséminer et lui faire produire un enfant au profit de tiers, lequel sera séparé d'elle pour toujours.**

Il n'y a donc, en réalité, qu'une seule GPA.

Et nous l'avons vu, elle est contraire aux principes premiers qui fondent l'éthique.

Et c'est pourquoi le droit français a posé une limite objective au désir des individus en l'interdisant.

Cependant, une faille demeure dans notre droit : si les Français ne peuvent y recourir en France, ils le peuvent à l'étranger.

Or les principes éthiques sont valables ici et ailleurs et, comme en matière de crimes sexuels, la France ne peut fermer les yeux sur ce que font ses ressortissants ailleurs.

Le Syndicat de la Famille appelle le CCNE à recommander au Gouvernement, dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique à venir, d'inclure l'interdiction de recourir à la GPA à l'étranger aussi.

LES BLOQUEURS DE PUBERTÉ ET LES INTERVENTIONS MÉDICALES DE TRANSITION CHEZ LES MOINS DE 25 ANS

Le nombre d'adolescents et de jeunes, en particulier de filles, demandant de bloquer leur puberté et/ou de transitionner connaît une très forte croissance en France depuis quelques années.

Le fait que des adolescents et des jeunes se posent des questions sur eux-mêmes est tout à fait naturel. En revanche, la réponse apportée aujourd'hui interroge parce que les traitements hormonaux et les interventions chirurgicales ont des effets considérables et largement irréversibles.

Ces pratiques posent par conséquent des questions éthiques majeures.

La révision de la loi de bioéthique peut être en effet l'occasion de légiférer sur ces pratiques.

Les bloqueurs de puberté

Pour bloquer la puberté, des molécules sont utilisées, qui sont des analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine – GnRH : leuproréline, triptoreline, goseréline, nafaréline, buseréline....

Ces molécules bénéficient d'autorisations de mise sur le marché, qui résultent d'études cliniques et de l'évaluation de la balance bénéfice-risque pour des indications précises : celles-ci concernent la puberté trop précoce, certains cancers, les fibromes, etc.

L'usage de ces molécules repose sur des précautions et des mises en garde des AMM à suivre impérativement, notamment en termes de durée de traitement : deux années est le maximum possible.

Or lorsque ces hormones sont prescrites en vue d'une éventuelle transition à venir, elles le sont hors indications des AMM, c'est-à-dire en l'absence d'études sécurisant le patient.

En outre, ces molécules n'ont de sens que prescrites lorsque l'enfant entre dans le stade Tanner 2, qui est celui du développement des caractéristiques sexuelles secondaires : développement de la poitrine et de l'utérus/développement des testicules. L'âge varie de 8 à 13 ans et demi pour les filles et de 9 à 14 ans et demi pour les garçons.

Or les traitements hormonaux de transition prescrits dans la foulée des bloqueurs de puberté le sont généralement à 16 ans au plus tôt. Cela signifie que des adolescents peuvent se trouver sous bloqueurs de puberté durant plus de deux années.

Le risque pour la densité osseuse future des jeunes concernés est pourtant connu. Et d'autres risques possibles, voire probables, n'ont fait l'objet d'aucune étude longitudinale alors que les craintes actuelles

concernent en particulier le développement neurologique et la fonction sexuelle future. C'est d'ailleurs ce qui a motivé les récents coups d'arrêt de telles prescriptions décidées par la Suède et la Grande-Bretagne.

Les bloqueurs de puberté portent donc atteinte à l'intégrité du corps.

Et même si l'intéressé subit plus tard une ablation dans le cadre d'une chirurgie dite de « réassignation sexuelle », le non-développement complet de ses organes sexuels du fait des bloqueurs de puberté rendront la création d'un « néo-pénis » ou d'une « néo-vulve » beaucoup plus complexes parce que le chirurgien devra prélever des tissus ailleurs sur le corps, dont les caractéristiques sont différentes et par conséquent avec des résultats moins bons et des séquelles importantes.

Les traitements hormonaux de transition

Les traitements hormonaux de transition sont des hormones masculines ou féminines de synthèse. Leur prescription vise à déféminiser puis viriliser, ou déviriliser puis féminiser.

Or ces hormones de synthèse ont eu aussi des autorisations de mise sur le marché pour des indications médicales précises, telles que certains cancers, préménopause, etc. Leur prescription en-dehors des indications médicales prévues met également les jeunes en risque.

Et leurs AMM indiquent explicitement, pour chacune de ces molécules, qu'elles ont des conséquences irréversibles, notamment sur la voix, sur la pilosité et sur la fonction sexuelle.

Il a par ailleurs été établi que les risques d'accidents cardio-vasculaires, potentiellement mortels, sont multipliés par 7 avec la prise de ces traitements hormonaux de transition d'après une étude scientifique publiée en 2023 dont je tiens les références à votre disposition².

Au-delà de ces risques identifiés, les études restent largement insuffisantes pour les autres types de risques pour la santé physique et mentale : D'après la note de cadrage « Parcours de transition des personnes transgenres » publiée le 7 septembre 2022 par la Haute Autorité de Santé, « des études plus larges et avec un suivi à long terme quel que soit le traitement sont nécessaires. »

La thèse de sciences pharmaceutiques « le transsexualisme : les différentes stratégies médicamenteuses, modalités pratiques, efficacité, effets indésirables », le souligne aussi : « de nombreuses études ont été faites (...) mais souvent sur des échantillons de taille plutôt petite (...). De plus, elles ne sont pas réalisées en double aveugle, ce qui peut donner certains biais dans les résultats observés ».

Cette thèse souligne d'ailleurs aussi qu'« il n'existe pas de programme de formation, à l'heure actuelle, dans le traitement hormonal pour personne transidentitaire ».

La chirurgie de réassignation sexuelle

Les actes de chirurgie en matière de « réassignation sexuelle » consistent en :

- L'ablation des organes sexuels primaires et secondaires
- La reconstruction de « néo-organes »
- Des interventions esthétiques de féminisation ou masculinisation du visage et du corps

² Etude présentée lors de la session scientifique annuelle 2023 de l'American College of Cardiology lors du Congrès mondial de cardiologie.

En France, la mastectomie complète, c'est-à-dire l'ablation des deux seins, est pratiquée dans certains hôpitaux dès l'âge de 16 ans. Les autres sont toutes possibles en France à partir de 18 ans.

Par définition, de telles interventions portent atteinte à l'intégrité du corps des personnes concernées.

Or le fait que les adolescents ne puissent se projeter dans l'avenir, ne puisse réaliser concrètement ce que signifient « irréversible » et « toute la vie » est identifié et connu.

En effet, le cerveau humain n'arrive à maturité qu'à l'âge de 24-25 ans. Or ce délai concerne en particulier le cortex préfrontal qui, justement, concerne le contrôle, le jugement et l'anticipation !

J'ai moi-même rencontré plusieurs jeunes femmes, américaines et suisses en l'occurrence, qui ont subi très jeunes des traitements hormonaux, parfois aussi des mastectomies, et qui le regrettent amèrement.

Et les témoignages en ce sens se multiplient, sur internet.

Evidemment, ils ne retrouveront jamais leur corps tel qu'il était auparavant. Toute leur vie, ils garderont un corps transformé, voire mutilé.

Une femme qui a arrêté tout traitement hormonal gardera par exemple une voix d'homme jusqu'à la fin de sa vie. À elle seule, cette séquelle est une source de grandes souffrances. Je vous laisse imaginer pour le reste.

Trois jeunes filles se sont récemment suicidées en Belgique tant elles souffraient psychologiquement des séquelles des traitements de transition qu'elles avaient subis.

En Grande-Bretagne, de nombreuses procédures judiciaires sont lancées à l'encontre de médecins dont les ex-patients témoignent de décisions prises parfois en quelques dizaines de minutes seulement, sans informations suffisantes sur les suites, sans s'assurer que les documents dégageant le médecin de ses responsabilités ont été bien compris, mais surtout, sans les avoir protégées d'eux-mêmes.

Il ressort de ces pratiques « médicales » que :

1. Elles ne prennent pas en compte le fait que les jeunes sont des vivants parmi les vivants, que l'intégrité de la nature, y compris humaine, doit être protégée, et d'autant plus s'agissant d'âges vulnérables.
2. Les relations de justice et de concorde ne sont pas favorisées, ces pratiques constituant même des violences, extrêmes dans le cas de la chirurgie.
3. Elles sont contraires au respect du corps, par la personne comme par le collectif.
4. Il en ressort la nécessité de poser des limites objectives à de telles pratiques.

Le Syndicat de la Famille appelle le CCNE à recommander au Gouvernement, dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique à venir, d'inclure l'interdiction de tels traitements hormonaux et chirurgicaux avant l'âge de 25 ans révolu.

Je suis bien sûr à votre disposition pour d'éventuelles questions, y compris sur d'autres thèmes des Etats généraux de la bioéthique 2026.

Je vous remercie de votre écoute.