

La vaccination contre la coqueluche : « la stratégie du cocooning »

PAR LAURA TOCQUEVILLE, SAGE-FEMME

INTRODUCTION

La coqueluche est une maladie respiratoire hautement contagieuse. Elle est d'origine bactérienne et peut atteindre les adultes, mais également les nouveau-nés pour lesquels les complications sont fréquentes et peuvent parfois conduire jusqu'au décès de l'enfant. Dans 77 % des cas, le nourrisson serait contaminé par son entourage proche (parents ou fratrie). C'est pourquoi depuis 2004 la stratégie du cocooning a été mise en place. Le principe est de vacciner les parents ou futurs parents afin qu'ils ne contractent pas la maladie et ainsi qu'ils ne puissent la transmettre à leur enfant.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

PROBLÉMATIQUE

Quelles sont les connaissances des nouvelles accouchées au sujet de la stratégie du cocooning ?

HYPOTHÈSES

La stratégie du cocooning n'est pas suffisamment abordée auprès des parents en ante et en postnatal.

Les patientes ne connaissent pas les complications encourues pour leur enfant s'il contracte la coqueluche avant ses six mois de vie.

OBJECTIFS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer auprès des patientes leurs connaissances au sujet de la coqueluche chez le nouveau-né et sa prévention. Par ailleurs, l'intérêt secondaire de cette enquête était de connaître les souhaits et attentes des patientes en termes de prévention. Nous souhaitons donc connaître les points sur lesquels elles aimeraient que les professionnels de santé insistent, et ainsi les moyens à employer pour y parvenir.

MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE

L'enquête a été réalisée de mi-novembre 2017 à fin mars 2018 à l'aide d'un questionnaire anonyme qui a été distribué aux patientes hospitalisées en suites de couches après leur accouchement.

L'étude s'appuie sur une enquête descriptive, quantitative et prospective. Cette étude est également multicentrique puisque nous avons interrogé des femmes dans deux maternités différentes de niveau 3 en Seine Maritime : le Centre hospitalier Jacques Monod de Montivilliers ainsi que le Centre hospitalier universitaire de Rouen.

Moins d'une patiente sur deux sait que la coqueluche peut toucher l'enfant de moins de six mois.

Nous avons commencé par tester le questionnaire auprès de sept patientes hospitalisées dans le service des suites de couches du CHU de Rouen. Ces sept patientes ont été choisies de manière aléatoire et représentative de la population étudiée. Ce test a été réalisé auprès des patientes dans le but de se rendre compte des questions qui auraient pu être mal comprises, mais également afin d'ajouter éventuellement des propositions à certaines questions.

La distribution des questionnaires se faisait en fin de matinée, afin de ne pas perturber l'activité du service, avec une explication individuelle à chaque patiente dans le but qu'elle comprenne l'intérêt de ce questionnaire.

Les patientes sollicitées pour cette étude sont les patientes majeures, hospitalisées en suites de couches ou en unité Kangourou dans les deux maternités étudiées, après un accouchement par voie basse (eutocique ou non) ou suite à une césarienne. Par ailleurs, ont été exclues de l'enquête les patientes hospitalisées en suites de couches et séparées de leur bébé (transféré dans un service différent) mais également celles dont l'enfant était mort-né ou décédé à la naissance. Nous n'avons pas retenu non plus les patientes mineures, ni celles ne parlant pas ou peu le français. De plus, les patientes à J0 de la naissance n'ont également pas fait partie de l'étude car nous estimions qu'elles n'auraient pas encore eu le temps d'être informées, que ce soit par le pédiatre ou la sage-femme, lors du séjour en suites de couches.

Des tests statistiques ont été réalisés à l'aide du site internet « BiostaTCV » pour vérifier la significativité des résultats.

RÉSULTATS

176 questionnaires ont été récupérés pour cette enquête.

Seules 36 % des patientes affirment avoir reçu une information par un professionnel de santé au sujet de la stratégie du cocooning. La plupart des patientes informées l'ont été soit pendant une consultation de suivi de grossesse soit après l'accouchement pendant le séjour en suites de couches. Parmi les patientes informées, 87 % l'ont été informées de manière orale et seules 13 % ont eu une brochure explicative.

80 % des patientes ont reçu une information qu'elles ont jugée de bonne ou de très bonne qualité. Les patientes sont donc satisfaites lorsque des explications sont données au sujet de la prévention de la coqueluche chez leur enfant.

Moins d'une patiente sur deux sait que la coqueluche peut toucher l'enfant de moins de six mois.

Les patientes informées sur la prévention de la coqueluche connaissent sensiblement plus que les autres les modes de transmission de la maladie. Ceci constitue donc un point efficace dans la prévention.

Seules **19 % des patientes ont été informées des éventuelles complications** que peut engendrer la maladie de la coqueluche chez un enfant de moins de six mois.

Nous avons demandé aux patientes de nous citer les moyens de prévention possibles pour protéger leur nouveau-né de la coqueluche. Seules 66 % nous ont cité la vaccination des deux parents.

Nous souhaitons ensuite connaître le taux de la couverture vaccinale chez les nouvelles accouchées. Cependant, il était impossible de consulter tous les carnets de santé des patientes. Afin d'avoir un chiffre le plus précis possible, nous avons demandé dans une première question si la patiente était vaccinée ou non. Dans une seconde, à l'aide d'une question à choix multiples, nous demandions de quand datait la dernière injection. Ainsi, nous avons retenu uniquement les patientes qui se disaient vaccinées et ce depuis moins de dix ans. Ceci nous a donc permis d'estimer la couverture vaccinale chez les nouvelles accouchées à 32 %. De plus, 32 % des patientes n'étaient pas à jour, et les autres patientes ne connaissaient pas leur statut vaccinal au moment de remplir le questionnaire. Nous avons pu constater que les patientes ayant reçu une information sur la prévention sont sensiblement plus vaccinées que les autres.

Que ce soit en ante ou en postnatal, seules 53 % des patientes ont bénéficié d'une consultation de leur carnet de santé par un professionnel de santé. La plupart de ces carnets de santé sont consultés pendant la grossesse. Lorsque le carnet de santé n'a pas été consulté, dans 70 % des cas la raison est qu'il n'a pas été demandé par le professionnel de santé. Une plus petite partie des patientes affirment qu'il a été demandé mais ne l'avaient pas avec elles pour la consultation.

Parmi les patientes non à jour, nous souhaitons savoir si un professionnel de santé leur avait délivré une ordonnance afin de pouvoir se faire vacciner contre la coqueluche dans le cadre de la stratégie du cocooning. Nous avons alors pu constater que 43 % des patientes n'avaient pas eu d'ordonnance pour se mettre à jour.

Nous avons été étonnés de constater que lorsque le carnet de santé est consulté pendant la grossesse et que le professionnel de santé se rend compte que la patiente n'est pas à jour de sa vaccination, seules 28 % repartent de la consultation avec une ordonnance pour faire le vaccin après l'accouchement. Au contraire, quand cela est remarqué en suites de couches, toutes les patientes repartent du séjour avec l'ordonnance.

Dans cette enquête, 42 % des conjoints se disaient vaccinés. Cependant, le questionnaire ne faisait pas préciser de quand datait la dernière injection. Ce chiffre est donc très certainement surestimé car des conjoints vaccinés depuis plus de dix ans ont pu répondre qu'ils étaient vaccinés (alors qu'ils ne sont plus à jour). Cependant nous avons pu constater que lorsque les patientes sont informées sur la

Lorsque le carnet de santé est consulté pendant la grossesse et que le professionnel de santé se rend compte que la patiente n'est pas à jour de sa vaccination, seules 28 % repartent de la consultation avec une ordonnance pour faire le vaccin après l'accouchement.

prévention de la coqueluche, les conjoints sont sensiblement plus vaccinés que les autres.

La dernière partie du questionnaire était centrée sur les souhaits des patientes en termes de prévention. Selon elles, les acteurs principaux de la stratégie du cocooning sont le pédiatre et le médecin traitant. La sage-femme arrivant en 3^e position. 62 % des patientes aimeraient être informées de manière orale (comme ce qui est actuellement fait la plupart du temps), mais 42 % souhaiteraient également une trace écrite de l'information donnée, au moyen d'une plaquette d'information par exemple.

Dans de nombreux pays, la vaccination contre la coqueluche est recommandée pendant la grossesse. En effet, cela permettrait un passage in utero des anticorps maternels vers le fœtus afin qu'il soit protégé durant ses premières semaines de vie. Cela permettrait également que la mère ait une vaccination efficace dès la naissance de l'enfant. On a donc demandé aux patientes si elles seraient pour cette vaccination pendant la grossesse et 66 % des patientes ont répondu positivement. La principale raison citée par les patientes qui sont pour cette vaccination pendant la grossesse est la gravité de la maladie. Au contraire, les patientes qui ne souhaiteraient pas cette vaccination ont peur pour leur enfant si le vaccin a lieu pendant la grossesse.

Nous avons également voulu faire un lien avec la vaccination contre la grippe à la fin du questionnaire. Ce dernier étant distribué en pleine période hivernale, nous avons été étonnés de voir que 77 % des patientes n'étaient pas vaccinées contre la grippe. Les patientes vaccinées contre la grippe accepteraient sensiblement plus que les autres la vaccination de la coqueluche pendant la grossesse.

La dernière question du questionnaire proposait aux patientes qui le souhaitaient de nous faire part d'éventuelles remarques. Nous avons alors constaté que 52 % des patientes ayant répondu à cette question aimeraient connaître les risques encourus pour leur enfant s'il contracte la maladie avant ses six mois de vie. De plus, ces patientes qui connaissent les risques pour leur enfant sont sensiblement plus vaccinées que les autres.

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA DISCUSSION

L'INFORMATION DES PATIENTES AU SUJET DE LA STRATÉGIE DU COCOONING

64 % des patientes interrogées n'ont reçu aucune information sur la prévention de la coqueluche chez le nourrisson et le nouveau-né. L'analyse statistique nous a permis de

démontrer que l'information ou non de la patiente n'est pas liée à sa parité. Les professionnels de santé n'informent donc pas plus les primipares qui sont cependant les plus à risques de ne pas être vaccinées puisqu'elles n'ont pas d'enfant en bas âge.

Nous avons pu par ailleurs constater que la proportion de patientes informées par un professionnel de santé sur la stratégie du cocooning est croissante selon le niveau de la catégorie socioprofessionnelle. Deux hypothèses se posent alors. La première serait que les professionnels de santé insistent peut-être plus sur d'autres axes de la santé avec des patientes sans activité professionnelle par rapport aux patientes ayant un plus haut niveau socio-économique. La seconde hypothèse posée serait que les patientes ne sont pas toutes en capacité de retenir et comprendre ce qui leur est exposé lors des consultations. En effet, cela leur a parfois été dit et expliqué mais sans que la patiente ne s'en souvienne au moment de remplir le questionnaire. C'est pourquoi une brochure explicative pourrait être laissée aux patientes afin qu'elles puissent avoir une trace écrite de l'information. De plus, lorsque nous avons demandé aux patientes par quels moyens elles souhaiteraient être informées sur la prévention de la coqueluche, 42 % d'entre elles ont fait savoir qu'elles aimeraient une trace écrite de l'information.

Il n'y a également pas de lien entre l'information de la patiente et le profil de professionnel de santé qui a suivi la grossesse. Afin de prouver cela, les patientes suivies exclusivement par un seul profil de professionnel de santé pendant la grossesse ont été retenues. En effet, les patientes ne sont pas sensiblement plus informées si elles sont suivies par un médecin ou une sage-femme. Cependant, nous remarquons que 77 % des patientes ont eu au moins une consultation avec une sage-femme au cours de leur grossesse. Il est donc de notre devoir de nous efforcer de donner plus d'informations aux patientes à ce sujet.

Il nous a également semblé intéressant de nous intéresser à la satisfaction de la patiente sur l'information qu'elle a reçue au sujet de la prévention de la coqueluche chez le nouveau-né. En effet, une patiente satisfaite sera plus réceptive à l'information reçue et aura donc une meilleure adhésion à nos propos. La grande majorité des patientes de notre enquête ont reçu une information qui leur a semblé de bonne ou très bonne qualité. Ceci étant un point important dans la promotion de la prévention.

D'autre part, nous nous sommes intéressés à la connaissance des patientes quant aux modes de transmission de la maladie. Nous avons pu remarquer que 60 % des patientes non informées sur la prévention de la coqueluche ne connaissent pas les modes de transmission de la maladie, contre 30 % parmi les patientes informées. Les patientes informées sur la prévention de la coqueluche connaissent sensiblement plus que les autres femmes les modes de transmission de cette maladie. L'information de toutes les patientes avant ou à la naissance de l'enfant permettrait alors d'éviter un certain nombre de contaminations et donc de complications néonatales.

Par ailleurs, les patientes se disant informées au sujet de la stratégie du cocooning ne connaissent pas plus que les autres femmes les sources de contamination du nouveau-né

Il est judicieux d'employer les mots « hospitalisation de l'enfant », « infections pulmonaires », et éventuellement « décès de l'enfant » pour expliquer les risques aux patientes... Ce sont donc des phrases « chocs » mais utiles à l'adhésion des patientes à la prévention.

au sein de l'entourage proche. Ceci pose alors réellement question sur la cible des informations à délivrer au sujet de la prévention. En effet, il est essentiel d'informer les patientes sur les principaux vecteurs de la maladie afin que les couples y soient vigilants dès la naissance de leur enfant et en particulier dès les premières visites en maternité.

COMPLICATIONS ENCOURUES POUR L'ENFANT S'IL CONTRACTE LA COQUELUCHE AVANT SES 6 MOIS

Nous avons demandé aux patientes si un professionnel de santé leur avait expliqué les risques de la coqueluche chez un nourrisson qui contracterait la maladie avant ses 6 mois de vie. Seulement 19 % des patientes interrogées affirment avoir reçu cette information. Cependant, si la patiente ne connaît pas les éventuelles conséquences de la maladie sur la santé de son enfant, elle sera bien sûr moins réceptive aux méthodes de prévention pour le protéger et donc moins active dans leur application.

Il est judicieux d'employer les mots « hospitalisation de l'enfant », « infections pulmonaires », et éventuellement « décès de l'enfant » pour expliquer les risques aux patientes. Ces mots peuvent paraître trop difficiles à entendre, mais nous avons pu constater que ce sont les phrases que les patientes informées des risques nous ont citées pour décrire les éventuelles complications encourues par les nouveau-nés. Ce sont donc des phrases « chocs » mais utiles à l'adhésion des patientes à la prévention.

De plus, nous avons pu constater que plus de 50 % des patientes qui connaissent les risques de la maladie pour leur nouveau-né sont vaccinées contre la coqueluche, contre 27 % pour celles ne les connaissant pas. D'où l'importance d'informer les patientes à ce sujet afin d'obtenir une couverture vaccinale plus large.

Il pourrait être intéressant d'écrire quelques lignes à ce sujet dans le carnet de santé de l'enfant afin que toutes les patientes aient une trace écrite de l'information donnée.

D'autre part, la dernière question de notre enquête proposait aux patientes de nous faire part de leurs attentes concernant la prévention de la coqueluche. 52 patientes sur les 173 ont répondu à cette question. Nous avons alors pu constater que les patientes souhaiteraient plus d'informations à propos des conséquences de la coqueluche sur la santé du nouveau-né puisque 52 % d'entre elles nous l'ont fait savoir à travers cette question. Il est donc essentiel d'informer davantage les patientes à ce sujet afin qu'elles prennent conscience de l'importance de la vaccination pour elles-mêmes mais également pour leur entourage.

VACCINATION DES PATIENTES CONTRE LA COQUELUCHE

Nous avons souhaité savoir si les patientes informées sur la prévention de la maladie étaient proportionnellement plus vaccinées que les autres. Nous constatons que 23 % des patientes non informées sont vaccinées contre la coqueluche alors que 46 % des patientes informées sur la prévention de cette maladie sont vaccinées. Les patientes ayant été informées des méthodes de prévention sont donc sensiblement plus vaccinées que les autres femmes.

Les multipares ayant au moins un enfant de moins de 10 ans sont sensiblement plus vaccinées que les primipares. Ce résultat était attendu et s'explique bien sûr par le fait que ces patientes ont certainement été sensibilisées à la vaccination lors d'une précédente grossesse ou d'un précédent accouchement.

LA VACCINATION PENDANT LA GROSSESSE

Les patientes ayant reçu une information sur la prévention de la coqueluche ne souhaiteraient pas plus se faire vacciner pendant la grossesse que les patientes non informées. Ce résultat était prédictible car les professionnels de santé ne parlent pas de la vaccination pendant la grossesse aux patientes puisque celle-ci n'est pas encore recommandée en France. Les patientes ne savent donc pas que ce vaccin est inoffensif pour le fœtus et la mère et ne connaissent de ce fait pas les bénéfices de la vaccination pendant la grossesse.

Si la vaccination pendant la grossesse venait à avoir lieu dans notre pays, il semblerait alors judicieux d'insister sur le fait que le vaccin soit inoffensif et qu'il ne présente pas d'effets indésirables, ni pour l'enfant à naître, ni pour la mère. Il serait alors important d'expliquer qu'au contraire beaucoup de bénéfices seraient à attendre sur la santé du nouveau-né s'il venait à être en contact avec une personne malade.

Les patientes ayant été vaccinées contre la grippe pendant leur grossesse seraient sensiblement plus favorables à une vaccination pour la coqueluche en étant enceintes. En effet, 88 % des patientes vaccinées contre la grippe souhaiteraient se faire vacciner pendant la grossesse contre la coqueluche si cela était recommandé en France (contre 60 % pour les autres patientes).

VACCINATION DES CONJOINTS

En début de grossesse, 43 % des patientes non informées sur la prévention de la coqueluche chez le nourrisson ne savaient pas si leur conjoint était à jour de sa vaccination. Ce chiffre passant à 19 % lorsque la patiente a été informée, on remarque l'importance de discuter de cette maladie avec la patiente et ainsi s'intéresser au statut vaccinal du conjoint. En effet la vaccination du père est tout aussi importante que celle de la mère étant donné qu'ils seront tous deux en contact quasiment constant avec leur enfant.

La vaccination du père est tout aussi importante que celle de la mère étant donné qu'ils seront tous deux en contact quasiment constant avec leur enfant.

Nous avons alors souhaité savoir si les conjoints non vaccinés s'étaient mis à jour pendant la grossesse afin que la vaccination soit efficace dès l'arrivée du bébé. Lorsque la patiente a reçu une information pendant la grossesse, 38 % des conjoints non vaccinés se sont mis à jour avant la naissance de leur enfant, contre 11 % pour les autres. Les conjoints de patientes informées sur la prévention se sont donc sensiblement plus mis à jour que les autres. Nous pouvons cependant progresser sur ces chiffres car même si la part des conjoints qui se sont fait vacciner lorsque leur femme a été informée est plus importante, ce chiffre reste tout de même assez bas et peut facilement être amélioré.

PROPOSITIONS PROFESSIONNELLES

Nous allons ici faire un résumé de ce que nous souhaiterions améliorer en termes de prévention de la coqueluche chez l'enfant de moins de six mois. En effet, nous avons remarqué ci-dessus que certaines actions sont déjà bien mises en place et efficaces (telle la distribution d'ordonnance en suites de couches quand un professionnel de santé s'aperçoit que la patiente n'est plus à jour de sa vaccination), mais que certaines peuvent cependant encore être améliorées.

- **Nous proposons donc que les professionnels de santé parlent aux patientes de cette prévention dès lors que l'une d'entre elles fait part de son désir de grossesse.** Ce moment serait alors opportun pour les informer au sujet de la stratégie du cocooning, sa mise en place, son intérêt et également les risques encourus par l'enfant s'il contracte la maladie avant ses six mois. Il serait à ce moment intéressant de mettre à jour les vaccinations des deux parents (rougeole, rubéole, varicelle, DTP coqueluche...). Les patients ne sachant généralement pas s'ils sont à jour, une consultation du carnet de santé est nécessaire. Une ordonnance pourrait alors être délivrée à ce moment afin que les femmes se fassent vacciner avant la grossesse. Ceci permettrait une efficacité optimale de la vaccination puisque cette dernière serait active dès la naissance de l'enfant.
- **Une patiente consultant un professionnel pour un début de grossesse devrait pouvoir recevoir les mêmes informations sur la stratégie du cocooning.** Si la patiente n'est plus à jour de sa vaccination pendant la grossesse et qu'un professionnel de santé s'en aperçoit, une ordonnance devrait être délivrée au moment de cette consultation à la patiente afin qu'elle se fasse vacciner après la naissance de l'enfant. Nous avons pu remarquer au cours de ce travail que bon nombre de professionnels de santé regardent le carnet de santé de la patiente pendant la grossesse, s'aperçoivent qu'elles ne sont plus à jour, mais ne leur délivrent pas l'ordonnance. C'est donc sur ce point qu'il faut que l'on soit plus rigoureux afin d'augmenter la couverture vaccinale chez les nouveaux parents.
- **Nous devons également consulter le carnet de santé du conjoint afin de l'informer lui aussi de la nécessité ou non d'un rappel.** Il est d'autant plus intéressant pour les sages-femmes de réaliser cela depuis la loi d'août 2016 (conformément à l'article L. 4151-2 du code de la santé publique) qui nous permet de faire une ordonnance et de vacciner le père du bébé contre la coqueluche dans le cadre de la stratégie du cocooning.

- **En suites de couches l'information en termes de prévention doit être donnée aux couples.** En effet, beaucoup de visites sont généralement attendues dès le premier jour à la maternité et donc autant de risques de contamination de l'enfant. Il serait également intéressant que les patientes ramènent le vaccin, si l'ordonnance a été donnée pendant la grossesse, afin que le personnel soignant puisse les vacciner pendant leur séjour à la maternité.
- **Quelques lignes dans le carnet de santé de l'enfant** à la page des vaccinations pourraient être utiles, en particulier pour les patientes qui n'ont pas bénéficié d'une information orale par un professionnel de santé lors de leur parcours de maternité.
- **Il serait également intéressant d'avoir une case prévue à cet effet dans le dossier médical de l'hôpital de la patiente.** Ainsi, les professionnels de santé prenant en charge cette patiente connaîtraient son statut vaccinal et pourraient ensuite adapter leurs conduites à tenir.
- De plus, comme cela est pratiqué dans de nombreux pays, **une vaccination maternelle pendant la grossesse pourrait être un axe majeur d'amélioration de la prévention** afin de protéger les nouveau-nés dès la naissance.
- Pour finir, lors de ce travail, il nous a semblé essentiel **qu'une trace écrite de l'information soit laissée aux patientes.** En effet, nous parlons de beaucoup de choses avec ces dernières, nous leur donnons des conseils sur des sujets très variés. Il est de ce fait très compliqué pour les patientes de retenir tout ce qui leur est exposé. Il serait donc judicieux de pouvoir donner aux patientes une brochure explicative récapitulant les choses essentielles, à savoir : Qu'est-ce que

la coqueluche? Quels sont les risques pour l'enfant s'il la contracte? Qui doit être vacciné dans l'entourage afin de protéger au mieux le bébé?

Un exemple de brochure (ci-dessous) qu'il serait intéressant de donner à nos patientes en consultations ou pendant le séjour en suites de couches.

CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons pu mettre en évidence que la plupart des patientes manquent d'information au sujet de la stratégie du cocooning. Ainsi, les femmes informées pendant leur grossesse ont une meilleure connaissance de la maladie et une meilleure couverture vaccinale. Cependant, que ce soit avant ou après la naissance de l'enfant, les accouchées ne connaissent pas bien les risques encourus pour leur nourrisson s'il contracte la maladie.

Or, aujourd'hui, la coqueluche est toujours responsable d'un nombre important d'hospitalisations chez les enfants de moins de 6 mois. En effet, 90 % de ces derniers sont admis à l'hôpital après contraction de la maladie et 18 % en service de réanimation pour complications majeures. Depuis janvier 2018, la vaccination des enfants est rendue obligatoire du fait des risques qu'elle peut engendrer sur leur santé. Cependant, en attendant que la vaccination soit pleinement efficace chez ces nourrissons, il est de notre devoir d'informer les couples sur les moyens de prévention à mettre en place pour protéger au mieux les enfants. La sage-femme a pleinement un rôle de prévention à ce sujet afin d'éviter au maximum les contaminations du nouveau-né durant ses premiers mois de vie. •



Gestation Pour Autrui et Procréation Pour Autrui

PAR FRÉDÉRIQUE BAUDOIN, SAGE-FEMME

Afin de mieux appréhender le sujet qui fera l'objet de cet article, nous aimerions préciser que celui-ci s'appuie sur un travail de deux années : un mémoire de fin de cursus pour un master de science maïeutique. Ce mémoire découle de l'étude des données statistiques mondiales concernant la fertilité et la natalité. Il avait pour principal but d'explicitier la pratique de la GPA et de la PPA dans le monde, et cela en anticipation des États Généraux de la bioéthique qui ont eu lieu cette année en France.

INTRODUCTION

En introduction, nous allons faire un bref rappel des termes qui seront employés au sein de cet article. Tout d'abord, définissons les termes employés afin de définir les protagonistes : la *gestatrice* est la femme qui portera l'enfant pour le couple qui en fera la demande autrement appelé *couple d'intention*. Ce couple pourra aussi bien être hétérosexuel ou, dans certains pays, un couple homosexuel masculin.

À présent abordons un point qu'il est important d'avoir à l'esprit : il est nécessaire de différencier la **Gestation pour Autrui (ou GPA)** de la **Procréation Pour autrui (ou PPA)**. En effet, pour la PPA les gamètes (ou ovocytes) de la gestatrice seront utilisés tandis que dans la GPA les gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) proviendront, soit du couple d'intention, soit du couple d'intention et d'un(e) donneur(euse). Deux autres nuances doivent être abordées avant cet article : **GPA/PPA commerciale** et **GPA/PPA non commerciale**. Lors d'une GPA/PPA commerciale, le couple d'intention rémunère la gestatrice au-delà des frais « raisonnables » occasionnés par la grossesse. Tandis que dans une GPA/PPA non commerciale, seuls les frais occasionnés par la grossesse peuvent être remboursés à la gestatrice.

Il est à préciser qu'au sein de ce mémoire, seuls les pays (ou les organisations) suivant(e)s ont été abordé(e)s : le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, l'Union Européenne, l'Espagne, la Belgique, la France, l'Italie, trois états des États-Unis d'Amérique, l'Inde ainsi qu'un État et un territoire d'Australie. Parmi ces pays (ou union) ont été individualisés les pays ayant une loi autorisant, tolérant ou interdisant la GPA et/ou la PPA ainsi que les pays n'ayant pas de réelles législations liées à ces pratiques.

- De manière synthétique, au sein du **Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord**, la GPA et la PPA non commerciales sont autorisées.
- Au sein de l'**Union Européenne**, seules des jurisprudences faisant intervenir des recours de couples d'intention auprès de la Cour Européenne des droits de l'homme (ou CEDH)

Pour la PPA les gamètes (ou ovocytes) de la gestatrice seront utilisés tandis que dans la GPA les gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) proviendront, soit du couple d'intention, soit du couple d'intention et d'un(e) donneur(euse).

sont à noter. Les pays membres sont les seuls à pouvoir décider d'interdire, de tolérer ou d'autoriser la GPA et/ou la PPA sur leur sol. Toutefois la CEDH peut intervenir dans le cas où le respect de l'intérêt de l'enfant (à naître ou né) n'aurait pas été respecté.

- **En Espagne, en France et en Italie**, le recours à une procédure de GPA ou de PPA est interdit par des lois qui leur sont propres.
- **En Belgique**, seules les procédures de GPA non commerciales sont tolérées ; il est à noter qu'au moment de l'écriture du mémoire susmentionné, l'encadrement de cette pratique était uniquement réalisé par le corps médical.
- **Concernant le cas des États-Unis d'Amérique**, la situation est plus complexe car les États peuvent avoir décidé d'autoriser la GPA et la PPA, d'autoriser la GPA et de tolérer la PPA (ex. l'État du New Hampshire), de tolérer la GPA et la PPA (ex. l'État de New York), d'autoriser seulement la GPA ou encore d'interdire les deux pratiques (ex. l'État du Michigan).
- **L'Inde** est actuellement dans une situation assez compliquée : avant 2016, la GPA et la PPA commerciales ou non commerciales pouvaient être utilisées par les couples indiens et les couples étrangers toutefois, actuellement des directives provenant de l'État font que le recours par les couples étrangers devient limité.
- **En Australie**, nous pouvons retrouver une situation similaire à celle décrite précédemment pour les États-Unis d'Amérique. Dans le mémoire, nous avons étudié le cas d'un État (l'Australie méridionale qui encadre le recours à la GPA et la PPA non commerciales sur son territoire) ainsi que le cas de territoires (les Territoires du Nord où aucune loi n'encadre le recours à la GPA et ou la PPA ; l'encadrement est réalisé par le corps médical).

L'étude de la situation de la GPA et de la PPA dans chacun de ces pays (ou organisation) cités et le croisement des différentes informations recueillies, a permis d'esquisser une cartographie d'un encadrement médico-psychosocial et juridique de ces grossesses.

ENCADREMENT JURIDIQUE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Au sein des pays qui interdisent législativement la GPA et la PPA, il est souvent précisé que :

- Les arrangements (ou les contrats) de GPA et de PPA conclus en leur sein ou à l'étranger sont nuls et non exécutoires.
- Des peines sont prévues à l'encontre des personnes ayant prêté leur concours afin de permettre la procédure de GPA et/ou de PPA : avocats, médecins, autres intermédiaires (sociétés spécialisées dans la facilitation de ces procédures).
- Dans les pays étudiés, il est à noter qu'il n'existe souvent aucune sanction contre le couple d'intention ou contre la gestatrice dans le cadre de GPA ou de PPA non commerciale. La seule « sanction », qui pourrait être identifiée comme telle, serait le fait que le couple d'intention (tout au moins la femme du couple d'intention ou le second homme dans un couple homosexuel) n'ayant aucun lien génétique avec l'enfant, se voit privé de reconnaissance au niveau de la filiation ultérieure de l'enfant et donc privé d'une quelconque autorité parentale et de droits sur ce dernier. Cette privation de filiation peut avoir pour effet d'entraver ultérieurement la vie quotidienne de l'enfant.
- La GPA et la PPA commerciales sont souvent sanctionnées par des amendes, des peines de prison ou le refus de reconnaissance de l'arrangement, donc par la non-délivrance de l'ordonnance de transfert de l'autorité parentale. Les intermédiaires peuvent également faire l'objet de sanctions.
- L'interdiction est donc plus formelle que réellement répréhensive puisque seuls les couples d'intention dont les enfants ne leur sont pas reliés génétiquement risquent de se les voir retirer (cf. affaire Paradisio et Campanelli). Le simple fait qu'il existe un lien biologique entre le père d'intention et l'enfant suffit souvent à permettre de reconnaître la filiation paternelle mais la filiation maternelle quant à elle ne s'établit jamais.

Dans les pays où il n'existe pas vraiment de législation sur l'encadrement des procédures de GPA et de PPA, l'encadrement et surtout les interdictions sont souvent édictés par les professionnels de santé (et leurs sociétés savantes respectives) ainsi que par les tribunaux qui ont à faire face à ces procédures. Souvent d'un point de vue juridique, les couples d'intention, la gestatrice plus ou moins son (ou sa) partenaire, se voient conseillés de rencontrer un avocat spécialisé dans les procédures médicales et de filiation relative à la PMA et à la GPA/PPA. Sur le versant médical, les professionnels de santé recommandent souvent de faire une PMA avec les gamètes du couple d'intention, ou au moins l'un d'entre eux, et de ne pas avoir recours aux gamètes de la gestatrice afin de limiter les liens biologiques avec la femme qui va porter leur enfant. Ils permettent ainsi aux futurs parents d'avoir un lien tant biologique qu'affectif avec leur futur enfant.

Au sein des pays qui autorisent la GPA et/ou la PPA, des conditions plus ou moins restrictives sont énoncées. Souvent, il est demandé :

- Au couple d'intention et à la gestatrice d'avoir atteint l'âge de la majorité.

Sur le versant médical, les professionnels de santé recommandent souvent de faire une PMA avec les gamètes du couple d'intention, ou au moins l'un d'entre eux, et de ne pas avoir recours aux gamètes de la gestatrice afin de limiter les liens biologiques avec la femme qui va porter leur enfant.

- Une durée minimale de vie commune ou de relation pour le couple d'intention.
- Le nombre d'enfants déjà présents dans le foyer du couple d'intention.
- Le nombre d'enfants déjà conçus et en vie au sein du foyer de la gestatrice.
- La gestatrice ne doit pas avoir présenté de complication(s) lors de la conception, des précédentes grossesses ou des précédents accouchements.

La GPA et la PPA sont parfois encadrées de manière totalement différentes. Parfois, seule la GPA est autorisée légalement et parfois les deux sont autorisées au sein du pays. La répercussion majeure de l'autorisation de la GPA seulement, ou de la GPA et de la PPA, est au niveau de la filiation ultérieure de l'enfant. Dans un cas, c'est un transfert de filiation en sachant que la gestatrice n'a pas de lien génétique avec l'enfant et que le couple d'intention est seul à l'avoir (cas de la GPA). Dans l'autre, un double lien existe puisque la gestatrice en possède un établi par la génétique et un lié à l'accouchement (cas de la PPA).

De ce fait, l'établissement de la filiation au niveau juridique est essentiel car c'est elle seule qui donne une parenté officielle entre le couple d'intention et l'enfant né d'un parcours de GPA ou de PPA.

ENCADREMENT MÉDICAL

Dans un premier temps, la loi et les « sociétés savantes » médicales de chaque pays (souvent les collèges de gynécologie et d'obstétrique ou encore les autorités référentes en matière de reproduction et de PMA) établissent quels couples peuvent avoir recours à la GPA et à la PPA. D'un point de vue strictement médical, il est admis dans la plupart des pays étudiés que les femmes ayant une malformation utérine, ayant des contre-indications personnelles à la grossesse ou relatives à l'enfant peuvent demander à avoir recours à une GPA ou à une PPA (suivant le pays). Dans certains pays, les couples homosexuels masculins sont aussi considérés comme en droit de demander à avoir recours à la GPA ou la PPA.

Comme nous avons pu le voir précédemment, au sein de chaque pays que nous avons étudié, la grossesse est suivie de façon standard. Dans la plupart des cas évoqués, la grossesse débute suite à une procédure médicale de PMA. Le couple d'intention doit assister à une consultation afin de savoir si la GPA ou la PPA est nécessaire, puis ils auront à faire de nombreux tests afin de connaître leur fertilité, les infections qu'ils ont pu contracter ainsi que les maladies dont ils pourraient être porteurs (tests de sécurité sanitaire). La

gestatrice (plus ou moins avec son ou sa partenaire), doit également assister à une consultation afin de connaître ses antécédents personnels et familiaux. De même, elle devra réaliser des tests pour évaluer sa fertilité ainsi que des tests nécessaires pour assurer une sécurité sanitaire.

Puis vient le moment du recueil des gamètes qui donneront les embryons et qui seront par la suite transférés au sein de l'utérus de la gestatrice. Souvent, seul un d'entre eux est transféré, toutefois dans certains pays que nous avons étudiés, aucune limite stricte n'est fixée (Inde, États-Unis...).

La suite de la grossesse, une fois que l'embryon s'est implanté, est suivie de manière standard. La gestatrice est amenée à pratiquer les tests sanguins afférents à la grossesse, à avoir un suivi avec un praticien médical et à réaliser des échographies de contrôle. Il est à noter que des différences existent dans ces différents points suivant le pays dans lequel est suivie la gestatrice. Par exemple, le couple d'intention peut être, soit partie prenante de toutes les étapes de la grossesse (au Royaume-Uni et aux États-Unis), ou parfois écarté durant toute la grossesse (en Inde et parfois aux États-Unis suivant le type de contrat établi). Le nombre d'échographies, de consultations prénatales et de tests biologiques effectués varie aussi d'un pays à l'autre.

Puis viennent l'accouchement et la naissance. Là aussi il existe des différences notables. Dans certains cas, le couple d'intention attend loin de la salle d'accouchement ou de césarienne que l'enfant naisse. Dans d'autres, ce sont eux qui entourent et soutiennent la gestatrice lors de son accouchement. Parfois les professionnels de santé les invitent à réellement prendre part à l'accouchement (lorsqu'ils ont tissé des liens affectifs avec la femme qui porte leur enfant) : couper le cordon ombilical, toucher la tête du bébé afin de voir la progression de l'enfant...

Puis arrive la naissance. L'enfant peut être mis dans un premier temps dans les bras de la gestatrice, si elle le désire, ou dans ceux du couple d'intention. Par la suite, c'est le couple d'intention qui effectuera toutes les tâches et qui fera l'objet de l'attention des professionnels dans l'apprentissage et le relationnel au nouveau-né. La gestatrice sera, quant à elle, suivie médicalement dans les jours qui suivent l'accouchement afin de s'assurer qu'il n'y ait aucune complication. Le couple d'intention reste hospitalisé quelques jours avec l'enfant en parallèle de la gestatrice.

Concernant l'alimentation du nouveau-né, elle peut être assurée par la femme du couple d'intention ou bien par la gestatrice. La femme du couple d'intention peut allaiter l'enfant en ayant préparé ses seins pendant le dernier trimestre de la grossesse. La gestatrice, quant à elle, peut proposer au couple d'intention de donner le sein à l'enfant pendant les quelques jours où elle reste hospitalisée.

Enfin, vient le temps pour le couple d'intention de faire les démarches afin que l'enfant soit reconnu comme le leur et qu'ils puissent repartir dans leur pays d'origine avec celui-ci. Pour cela, ils devront présenter aux autorités compétentes : les papiers afférents à la grossesse, l'ordonnance de transfert de l'autorité parentale (« *parental/parentage order* ») et le certificat d'accouchement mentionnant la gestatrice comme mère de l'enfant (ou parfois mentionnant déjà la femme du couple d'intention).

L'enfant peut être mis dans un premier temps dans les bras de la gestatrice, si elle le désire, ou dans ceux du couple d'intention. Par la suite, c'est le couple d'intention qui effectuera toutes les tâches et qui fera l'objet de l'attention des professionnels dans l'apprentissage et le relationnel au nouveau-né.

ENCADREMENT SOCIAL ET SOCIÉTAL

Quatre volets peuvent être individualisés lorsque l'on veut parler de l'encadrement social et sociétal de la GPA et de la PPA.

Le premier volet de cet encadrement social, concerne le fait que la GPA et la PPA ne sont pas acceptées au niveau sociétal et éthique dans tous les pays. Les raisons de l'acceptation ou de la non-acceptation de ces pratiques sont souvent multiples.

Concernant la non-acceptation, les raisons souvent invoquées sont les suivantes :

- L'exploitation de l'être humain.
- Le détournement de la fonction de la grossesse et la violation de la maternité de la gestatrice.
- La marchandisation de la femme et de la grossesse (prostitution déguisée).
- La vente d'enfant ou marchandisation de la naissance.
- La violation des droits fondamentaux de la femme et de l'enfant.
- La violation des lois et de la sécurité nationale et de l'ordre public.
- Le danger pour le développement psychologique et social de l'enfant.
- Le danger pour la santé de la gestatrice.
- La pratique allant à l'encontre des « lois naturelles ».

L'opposition et les raisons de cette interdiction viennent en premier lieu des autorités nationales. De même, on peut observer ces raisons avancées par les habitants eux-mêmes et par l'ensemble des médias des pays l'interdisant qui sont en partie responsables des informations circulant sur la GPA et la PPA.

Concernant l'acceptation de la GPA et/ou la PPA, les raisons invoquées sont :

- La charité et l'entraide,
- Le fait que la maternité n'est pas seulement charnelle mais aussi psychique,
- Le fait que priver ces personnes du droit de fonder une famille serait inhumain,
- Le fait que la femme souhaite rendre service à d'autres personnes seules qui n'ont pas eu la chance de pouvoir fonder une famille,
- Le fait que la gestation peut être individualisée de la parentalité,

- Pourquoi devrait-on interdire à ces couples de pouvoir fonder une famille alors que d'autres techniques de PMA sont autorisées et aident des couples en difficultés à concevoir et à fonder leur famille ?

Le second volet de cet encadrement, est relatif aux différents aménagements présents au niveau des différents pays afin d'accompagner ou de réduire l'accès à la GPA et la PPA. Au niveau de l'encadrement social accompagnant le recours à la GPA et/ou la PPA, nous avons pu voir notamment au Royaume-Uni que des congés étaient prévus aussi bien pour le couple d'intention que pour la gestatrice. Ces congés étaient construits et possibles selon la même logique que pour tout autre couple où la femme porte et accouche de son propre enfant. Nous avons aussi pu voir qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni des dispositifs sont mis en place afin d'intégrer le couple d'intention tout au long de la prise en charge médicale de la grossesse ainsi que de l'accouchement : mise en relation de la gestatrice et du couple d'intention, consultations obstétricales en partie possibles avec la gestatrice et la couple d'intention, accueil de l'enfant et apprentissage des soins de puéricultures tout au long de la grossesse mais aussi après l'accouchement...

Le troisième volet concerne le fait que la GPA et/ou la PPA soient ou non autorisées. Celui-ci est dépendant de la relation qu'ont les instances juridiques avec la notion de filiation. Dans certains pays, la GPA et la PPA sont autorisées, dans d'autres, seule la GPA est autorisée puisque comme cela la gestatrice n'a aucun lien génétique avec l'enfant (l'enfant ayant au moins un lien génétique avec l'une des personnes du couple d'intention). Du point de vue de la filiation, la gestatrice devrait avoir « moins de mal à s'en séparer et à ne pas lier de lien affectif maternel avec l'enfant ». Elle pourrait ainsi tisser un lien avec l'enfant mais pas comme celui d'une mère et de son enfant. Tandis que le lien génétique qui existe avec le couple d'intention devrait leur permettre de tisser un lien affectif parental avec l'enfant ; il permet aussi du point de vue de la filiation de permettre de légitimer le couple d'intention.

Et le quatrième volet qui peut être individualisé, dans les pays qui permettent la GPA et/ou la PPA, est celui concernant l'organisation de la rencontre entre la gestatrice et le couple d'intention ainsi que la mise en place d'une relation entre eux. La rencontre entre les différents protagonistes peut se faire soit au travers des médias (internet, réseaux sociaux, journaux), soit grâce à des associations de personnes liées aux procédures de GPA et de PPA, soit au travers d'agences privées (ex. aux États-Unis ou en Inde), soit grâce à des connaissances ou à des membres de la famille. Il est à noter que la gestatrice peut avoir différents types de relations avec le couple d'intention. Elle peut être : une personne proche du couple (membre de la famille de l'un des membres du couple, une amie, une connaissance de travail ou dans la vie de tous les jours) ou une personne rencontrée spécialement afin de réaliser une GPA ou une PPA.

ENCADREMENT PSYCHOLOGIQUE

L'encadrement psychologique quant à lui se fait en amont, pendant et se poursuit souvent bien après la naissance de

l'enfant. Il concerne aussi bien le couple d'intention que la gestatrice et son ou sa partenaire.

En amont de la grossesse, le couple d'intention et la gestatrice sont informés des implications de cette grossesse particulière d'un point de vue affectif et psychologique. Le couple d'intention est informé des difficultés qu'ils pourront rencontrer dans l'établissement du lien avec l'enfant et dans le positionnement en tant que parents de cet enfant à venir. Peu d'études longitudinales sont actuellement disponibles concernant le vécu des parents lors de cette grossesse et de cette naissance particulière.

Nous pouvons notamment, citer les études réalisées au Royaume-Uni par le « Centre for Family Research », sur le vécu de la GPA tant au niveau de la gestatrice que du couple d'intention et de l'enfant né de cette procédure. Ces études se sont principalement centrées sur la psychologie autour des procédures de GPA et de PPA sur une longue période. Les chercheurs ont étudié et suivi de nombreux paramètres concernant la procédure ainsi que l'après procédure de la deuxième année à la dixième année après la naissance de l'enfant. Ils ont notamment pris en compte les paramètres concernant : les protagonistes (le mode de rencontre, les arrangement(s) conclu(s) ainsi que les raisons de ceux-ci, l'état psychologique de chacun...), l'âge de l'enfant au moment de la récolte de donnée, la fréquence des rencontres entre les différents protagonistes, les relations entre les familles de la gestatrice et du couple d'intention, l'histoire psychologique des différentes gestatrices, etc.

Il ressort de ces différentes études que :

- La gestatrice garde très souvent un contact satisfaisant avec le couple d'intention et l'enfant né de la GPA ou de la PPA ;
- La motivation présente pour être gestatrice est le fait de vouloir rendre service et offrir le bonheur qu'elle a d'avoir des enfants à un couple qui ne peut pas seul ;
- Parfois une bonne expérience de la GPA ou de la PPA avec un couple fait qu'une femme décide de recommencer l'expérience soit pour le même couple soit pour un autre couple ;
- Dans l'étude la plupart des gestatrices n'ont présenté aucun problème psychologique identifié des années après la procédure de GPA ou de PPA. Pour celles en présentant, a priori peu de ces problèmes psychologiques étaient reliés au parcours de GPA ou de PPA entrepris des années auparavant.

Toutefois, il est à noter que ces études sont récentes (tout juste 15 ans), les enfants nés par GPA ont au plus 14-15 ans. Même si leurs parents ont un lourd parcours lié à la stérilité, cette expérience et surtout cette étude sont récentes.

De nombreuses études ont déjà été réalisées sur des modes de parentalité qui pourraient être comparés voire mis en parallèle tels que : la PMA ou l'adoption. Pour autant, ces situations ne sont pas équivalentes et ne peuvent être comparées contrairement à ce que l'on pourrait avoir envie de faire de prime abord.

De fait, il semblerait que, dans le cas d'une GPA ou d'une PPA, l'enfant soit élevé le plus souvent dans la connaissance des événements afférents à sa naissance. Tandis que dans les cas d'adoption ou de PMA le sujet serait plus tabou, et plus longtemps caché aux enfants qui en sont « issus ». •