

La gestation pour autrui en Inde: Bioéthique, droits humains et pouvoir de décision des femmes

Dr. Sheela Saravanan



Observatoire Européen
de la non-discrimination et des droits fondamentaux
(O.E.N.D.D.F -France)

Dr. Sheela Saravanan

Independent Researcher, Bonn, GERMANY. Email: vssarav@gmail.com

Financé par

**L'Observatoire Européen de la non-discrimination et des droits fondamentaux :
(O.E.N.D.D.F.), FRANCE.**

<http://europeanobsndfr.org/en/>

Courriel : contact@europeanobsndfr.org



A propos

Dr. Sheela Saravanan

Depuis 1998, le **Dr Sheela Saravanan** est titulaire de deux diplômes de master, en géographie et en études du développement, obtenus respectivement aux universités de Mumbai et de Pune (Inde). Ses travaux académiques portent sur les femmes et la santé en Asie et en Europe. Elle s'est spécialisée en santé reproductive depuis sa thèse de doctorat consacrée aux pratiques d'accouchement en Inde, soutenue à l'École de santé publique de la Queensland University of Technology, à Brisbane (Australie). Ses recherches postdoctorales, menées dans des universités allemandes, ont porté sur la santé maternelle et infantile, les avortements sélectifs, les technologies de la reproduction, la gestation pour autrui et le dépistage prénatal. Sur le plan conceptuel, elle mobilise les notions de savoirs autoritatifs (*authoritative knowledge*), d'intersectionnalité, de justice reproductive et de féminisme transnational dans ses recherches sur la santé reproductive. Auteure d'un ouvrage sur la gestation pour autrui commerciale en Inde, elle a été invitée comme conférencière principale sur ce sujet dans plusieurs enceintes prestigieuses, notamment aux Nations Unies.

L'Observatoire européen de la non-discrimination et des droits fondamentaux (O.E.N.D.D.F.) - France.

L'Observatoire européen de la non-discrimination et des droits fondamentaux (O.E.N.D.D.F.) est une organisation internationale non gouvernementale (O.I.N.G.) de droit français, créée en FRANCE sous la forme d'une association à but non lucratif, et intervenant principalement dans le domaine de l'exclusion sociale au sein de l'Union européenne. Il a été fondé en 2014 afin de fédérer l'expérience de petites associations, notamment régionales, œuvrant auprès des personnes sans domicile, des personnes en situation de handicap, des migrants, ainsi que dans le champ des droits de l'enfant et de la protection de l'enfance.

La spécificité de l'Observatoire européen de la non-discrimination et des droits fondamentaux réside dans sa structure flexible : notre organisation mène ses propres actions de terrain et développe sa propre approche des enjeux concernant les personnes sans domicile, les personnes en situation de handicap, les migrants et les mineurs dans le cadre de la protection de l'enfance.

L'Observatoire européen de la non-discrimination et des droits fondamentaux s'engage à :

- maintenir un dialogue constant avec les institutions européennes ainsi qu'avec les autorités politiques nationales et régionales, afin d'échanger des informations et de contribuer à la mise en œuvre de politiques publiques efficaces ;
- assister aux sessions du Conseil de l'Europe, à Strasbourg (FRANCE)
- promouvoir et faciliter l'échange d'informations et d'expériences entre ses membres, afin d'élaborer une approche dynamique et transversale des enjeux.

Résumé

Au moment où l'Inde a interdit la gestation pour autrui commerciale, il était opportun d'examiner la situation de cette pratique et sa transition vers la gestation pour autrui dite « altruiste ». Cette étude constitue un suivi de la recherche précédente menée en 2009-2010. J'ai interrogé 45 mères porteuses (MP) qui avaient mené à terme 63 gestations et donné naissance à 89 enfants entre 2007 et 2017. Toutes les mères porteuses avaient achevé leur parcours de gestation pour autrui au moment des entretiens.

Certains résultats confirment mes conclusions antérieures. De graves violations des droits humains et de l'éthique médicale persistent : les femmes sont maintenues dans des foyers de mères porteuses contre leur volonté ; des avortements sélectifs en fonction du sexe sont pratiqués ; les restrictions imposées aux femmes dans ces foyers sont inhumaines ; aucune ne reçoit une copie de son contrat ; les modalités de séparation d'avec les enfants sont également inhumaines — certaines mères porteuses voient le visage des enfants, d'autres non ; certaines sont encouragées à créer un lien avec les bébés, mais la plupart sont finalement brutalement écartées. Les femmes sont sélectionnées pour la gestation pour autrui en fonction de leur classe sociale, de leur âge, de la couleur de leur peau, de leur religion et de leur caste, et la rémunération varie selon ces critères. Les femmes s'engagent dans cette pratique pour des raisons financières. La majorité des ménages sont pauvres, certains très pauvres, et les autres vivent au niveau de subsistance, la gestation pour autrui étant perçue comme un moyen d'accéder à un statut socio-économique supérieur. Les couples étrangers et les Indiens non-résidents constituaient l'essentiel de la clientèle.

Presque toutes les mères porteuses (93 %) considèrent le processus de gestation pour autrui comme une forme d'esclavage, et la majorité (67 %) l'assimilent à une forme d'exploitation sexuelle de leurs organes reproductifs. La plupart n'ont pas répété l'expérience ; seules les femmes issues des ménages les plus pauvres, qui ont eu recours à la gestation pour autrui à plusieurs reprises, ont pu acheter ou construire un logement. Sur le plan financier, ce sont uniquement les femmes très pauvres, sans terres agricoles ni logement, qui, après plusieurs gestations, ont pu accéder à la propriété. Les mères porteuses très pauvres n'ayant effectué qu'une seule gestation n'ont pas pu acheter de maison, certaines ayant même replongé dans une pauvreté extrême. Seules quelques femmes déjà au niveau de subsistance ont pu utiliser cet apport financier pour améliorer leur situation économique. La majorité des femmes ont eu recours à la gestation pour autrui dans l'objectif de construire ou d'acheter un logement. Les difficultés d'accès au logement, à la santé et à l'éducation constituent les causes structurelles profondes du recours à la gestation pour autrui en Inde. Il est donc essentiel que les secteurs public et privé de l'éducation, de la santé et du logement soient orientés vers un accès universel aux soins et à l'éducation, ainsi que vers la fourniture de logements à coût abordable.

Les mères porteuses ont décrit la période de transfert embryonnaire comme intrusive, douloureuse, contraignante, brutale et éprouvante. La grossesse a été marquée par une médicalisation excessive : injections hormonales, médicaments, échographies fréquentes, avortements sélectifs in utero, cerclages cervicaux pour grossesses multiples, et par des expériences répétées de maladie et de dépression. Lors de l'accouchement, elles ont rapporté la peur de mourir, des complications, la crainte de la césarienne, la douleur, la négligence de la part des parents d'intention et des modalités cruelles de séparation d'avec l'enfant ou les enfants. Globalement, l'impact physique et émotionnel de la gestation pour autrui a été immense. Beaucoup de femmes souffrent de séquelles psychologiques ; physiquement, elles se sont affaiblies à la suite des traitements médicaux, des multiples tentatives de transfert embryonnaire,

des fausses couches et, dans certains cas, de l'ablation de l'utérus. Nombre d'entre elles n'ont plus la capacité de travailler comme auparavant et ont développé diverses morbidités, certaines ayant vécu des situations proches de la mort au cours des gestations. Des décès de mères porteuses et de donneuses d'ovocytes ont été passés sous silence et n'ont jamais été rendus publics. Non seulement les mères porteuses, mais aussi leurs propres enfants portent la souffrance liée à la séparation d'avec les enfants nés de la gestation pour autrui.

La relation avec les parents d'intention, telle qu'exprimée par toutes les mères porteuses, n'était « bonne » que tant que l'enfant se trouvait dans leur utérus. Après l'accouchement, la plupart des parents d'intention sont devenus indifférents, égoïstes, voire cruels. D'un point de vue global, l'Inde constitue un cas emblématique illustrant comment des violations massives des droits humains et des droits de l'enfant, de l'intégrité corporelle des femmes et de l'éthique médicale se sont développées sur fond d'inégalités structurelles mondiales. Sous couvert de liberté reproductive, la gestation pour autrui perpétue des hégémonies profondément ancrées — pronatalistes, patriarcales, racialisées, âgistes, castéistes, sexistes et validistes. Cela soulève des questions d'importance mondiale relatives à la génétisation, à l'aliénation du rôle gestationnel, aux violations des droits humains et des droits de l'enfant, à la traite et à l'injustice reproductive. La gestation pour autrui doit, dès lors, être reconnue comme une forme de violation universelle des droits humains.

TABLE DES MATIERES

LA GESTATION POUR AUTRUI EN INDE:	1
BIOETHIQUE, DROITS HUMAINS ET	1
POUVOIR DE DECISION DES FEMMES	1
RESUME	4
TABLE DES MATIERES	6
REMERCIEMENTS	8
1. INTRODUCTION	10
2. METHODOLOGIE	11
3. VIOLATION DES DROITS FONDAMENTAUX	12
3.1. Restrictions imposées aux mères porteuses	13
3.2. Autres violations	14
4. PRATIQUES ILLEGALES	14
4.1. Copie du contrat.....	15
4.2. Avortements sélectifs (fondés sur le sexe).....	15
4.3. La gestation pour autrui traditionnelle	16
4.4. Transfert embryonnaire simultané chez deux mères	16
5. PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE DES MERES PORTEUSES	16
6. INFORMATION RELATIVE A LA GESTATION POUR AUTRUI	19
7. OBJECTIF DE LA GESTATION POUR AUTRUI	22
8. INTERMEDIATION D'AGENT (E) ET PRISE DE DECISION.....	23
8.1. Prise de décision concernant la gestation pour autrui	24
8.2. Critères de selection.....	25
8.3. Le contrat de gestation pour autrui.....	26
9. ASPECTS MEDICAUX.....	27
10. RELATIONS AVEC LES ENFANTS (DE LA MERE PORTEUSE)	29
11. RELATION AVEC LES PARENTS D'INTENTION.....	29

12.	RELATIONS AVEC LA CLINIQUE	30
13.	IMPACT PSYCHOLOGIQUE (EMOTIONNEL)	33
13.1.	<i>Impact du départ du domicile familial.....</i>	<i>33</i>
13.2.	<i>Impact de l'attachement à l'enfant / aux enfants.....</i>	<i>34</i>
13.3.	<i>Impact de la stigmatisation sociale.....</i>	<i>35</i>
13.4.	<i>Impact sur la vie des enfants des mères porteuses</i>	<i>35</i>
14.	IMPACT PHYSIQUE (SANTÉ).....	36
15.	IMPACT FINANCIER.....	37
CONCLUSION		40
16.	REFERENCES	42
ANNEXE 1: ETUDES DE CAS		45
ANNEXE 2: PHOTOS		78

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier de nombreux collègues, membres de ma famille et ami·e·s pour cette étude, mais ma gratitude la plus profonde va aux **mères porteuses**, dont les noms demeurent anonymes ici. Sans la sincérité avec laquelle ces femmes (anciennes mères porteuses) ont partagé leurs expériences avec moi, cette recherche n'aurait pas été possible. Je tiens à remercier **Christine Monty**, Présidente, ainsi que **Didier Boyenval** de l'**Observatoire Européen de la Non-Discrimination et des Droits Fondamentaux (OENDDF)**, Paris, France, pour le financement de ce projet. Le questionnaire a été élaboré par l'OENDDF avec ma contribution.

Je suis particulièrement reconnaissante à **Sarala**, mère porteuse, qui m'a mise en relation avec la plupart des mères porteuses interrogées dans la zone d'étude, ainsi qu'à **Sarala et Giridhar** pour m'avoir accompagnée dans les visites aux domiciles des mères porteuses à Anand, Nadiad et Ahmedabad. Toute la famille de Sarala m'a soutenue durant le travail de terrain ; je les remercie pour leur bienveillance. Je remercie également **Nargisa** de m'avoir présentée à plusieurs mères porteuses, ainsi que **Komal Pasari Saboo** pour la traduction du questionnaire complexe et pour sa gentillesse et son soutien pendant le travail de terrain.

L'objectif fixé en termes de nombre de mères porteuses était ambitieux (45 à 50), et je doutais de pouvoir l'atteindre. L'écoute des récits de vie des mères porteuses a lourdement pesé sur ma santé et mon bien-être. J'ai moi-même traversé un épisode dépressif et ai été hospitalisée de manière imprévue au Gujarat pour des problèmes gastriques. Il m'a été très difficile de poursuivre l'étude au-delà de 35 entretiens. À ce moment-là, au-delà des encouragements de **Christine Monty**, ce sont ma famille et mes ami·e·s qui m'ont permis de continuer ; je profite donc de cette occasion pour les remercier tout particulièrement. Je présente mes excuses si j'ai omis de mentionner quelqu'un.

Je remercie avec affection ma famille aimante et soutenante — **Saravanan V. S., Sudarshan et Sridharan** — pour m'avoir soutenue dans toutes mes entreprises. Les paroles bienveillantes et motivantes de **Vardini** m'ont aidée à garder le cap sur le terrain dans les moments où j'étais proche d'abandonner. Je remercie **Prabhu S., Gita Prabhu, Sunder Mama et Thangam Chithhi** pour leur affection.

Un remerciement tout particulier à **Aparna Joshi**, qui m'a mise en relation avec sa sœur ; médecin au Gujarat, elle m'a apporté une aide locale précieuse lors de mon hospitalisation. Je me considère chanceuse d'avoir des ami·e·s — **Sangeeta, Suchitra, Nivedita, Rajashree, Sekhar, Yashendra, Chandrakala, Advait, Mandar, Harpreet, Nidhi, Poonam, Rahul et Joy** — dont l'attention et l'appréciation m'ont portée. Leur soutien moral et leur motivation m'incitent à donner le meilleur de moi-même. Mes enseignant·e·s, sources d'inspiration par le passé, soutiennent aujourd'hui mon travail : **Pr. S. Ebenezer et Bharati Unni**.

Un remerciement spécial à mes ami·e·s d'école du **Shreeram Welfare Society's High School**, Mumbai, pour leur soutien moral, leur affection, leurs encouragements dans les moments difficiles du travail de terrain, leur appui constant et leurs félicitations pour mes réalisations : **Ajitha, Anjali, Anil Mathews, Anil Nair, Anup, Anuradha, Anurag, Asha, Babita, Bala, Binash, Dinesh, Geeta, Giridhar, Heena, Hemal, Jay, John, Kamal, Kiran, Krishnamurthy, Mary, Murali, Krithika, Mahalakshmi, Medha, Mrinalini, Mohanan, Narayan, N. D. A. Subramanian, R. Subramanian (Vijay), Subbhash, Suresh, Padmananbhan, Raj, Ram,**

Ramnath, Samir, Sheela, Sibi, Snehal, Sudhir, Suresh, Sujata, Swati, Tushar, Usha et Venkat.

Enfin, et surtout, je remercie le soutien de mes amies féministes à travers le monde, dont la motivation inlassable m'inspire à poursuivre ce travail essentiel.

1. Introduction

L'Inde était devenue, au cours de la dernière décennie, l'une des destinations les plus prisées pour la procréation avec intervention d'un tiers, jusqu'à l'interdiction de la gestation pour autrui commerciale en Inde en septembre 2015. Selon certaines estimations, la gestation pour autrui s'était développée jusqu'à représenter une industrie de 2 milliards de dollars (Perappadan, 2014). Les médias et les travaux de recherche estimaient qu'environ 60 à 90 % de la gestation pour autrui en Inde concernaient des couples étrangers (Bhalla et Thapiyal, 2013 ; NDTV, 2015).

Alors que le Népal, l'Inde, la Thaïlande, le Mexique¹ et le Cambodge ont limité ou envisagé d'interdire la gestation pour autrui commerciale, cette pratique s'est déplacée vers le Laos, la Malaisie, le Kenya, le Nigeria, le Ghana, l'Afrique du Sud, l'Argentine et le Guatemala. La préoccupation éthique liée à cette évolution réside dans le développement de biomarchés, dans lesquels certains corps (généralement ceux de personnes pauvres et de femmes) deviennent davantage « bio-disponibles » dans le cadre des inégalités structurelles mondiales ou nationales existantes. Ce schéma mondial de déplacement des biomarchés reproductifs repose sur une capitalisation exploitante des corps des femmes. Le contrôle des biomatériaux reproductifs humains² par les personnes aisées, en s'appuyant sur les inégalités et vulnérabilités mondiales, constitue une forme de recolonisation des corps et du travail des femmes.

De nombreuses questions éthiques ont été soulevées concernant la gestation pour autrui commerciale en Inde, notamment : la justice reproductive, l'exploitation des inégalités structurelles, le contrôle physique, médical et émotionnel du corps des femmes, les droits de l'enfant et le renforcement des hégémonies sociales. Cette pratique soulève également des préoccupations en matière de droits humains, telles que : le droit à la liberté de circulation et le droit de ne pas faire l'objet de détention arbitraire, le droit à la dignité, le droit de ne pas voir des parties de son corps vendues à des fins de profit financier, la discrimination reproductive, ainsi que la protection des droits de l'enfant contre la séparation d'avec ses parents, le droit à connaître les circonstances de sa naissance, la vente et la traite d'enfants, et, enfin, les droits des enfants des mères porteuses.

J'ai mené une étude de recherche sur la gestation pour autrui commerciale transnationale en Inde en 2009-2010. Le présent rapport présente les résultats d'une étude de suivi réalisée en février 2019, financée par l'Observatoire européen de la non-discrimination et des droits fondamentaux (OENDDF), France. Cette recherche visait à explorer certaines des questions éthiques mentionnées ci-dessus, les violations des droits humains ainsi que les impacts physiques, psychologiques et financiers de la gestation pour autrui sur les mères porteuses (MP) et leurs

¹ De même, le Mexique a interdit la gestation pour autrui dans l'État de Tabasco (Photopoulos, 2015). Au Népal, la Cour suprême a rendu une ordonnance provisoire ordonnant l'arrêt immédiat de la gestation pour autrui (The Himalayan, 2018). La Thaïlande a interdit la gestation pour autrui commerciale pour les étrangers (BBC, 2015). L'Inde a proposé une interdiction de la gestation pour autrui commerciale depuis septembre 2016 avec le projet de loi Surrogacy (Regulation) Bill (MoHFW, 2016). Le Cambodge a également proposé une interdiction de la gestation pour autrui commerciale (Meta, 2017).

² Le **biomatériau reproductif** désigne l'industrie de la production d'enfants fondée sur l'utilisation de matériaux biologiques tels que les ovocytes, les spermatozoïdes, les cellules souches, les tissus, le lait maternel et l'utérus de la mère porteuse.

familles. J'ai mené des entretiens approfondis à Anand, Nadiad et Ahmedabad avec 45 mères porteuses ayant réalisé 63 gestations pour autrui et donné naissance à 90 bébés. La plupart des mères porteuses avaient participé à des gestations pour autrui en collaboration avec une clinique très réputée de la région.

2. Méthodologie

J'ai rendu visite, dans la mesure du possible, au domicile des mères porteuses, à l'exception de quelques-unes qui m'ont rencontrée dans différents lieux à Nadiad, Anand et Ahmedabad. Les entretiens ont duré entre 25 et 60 minutes, selon le degré de partage des mères porteuses concernant leur expérience de vie. Le questionnaire a été principalement conçu par l'OENDFR, avec mes contributions. Tous les noms (des mères porteuses, des médecins et des cliniques) ont été modifiés afin de garantir la confidentialité des participantes. Les principaux thèmes abordés lors des entretiens étaient les suivants :

1. la violation de l'éthique médicale,
2. les pratiques illégales de gestation pour autrui,
3. le contexte socio-économique des mères porteuses
4. les détails relatifs à la gestation pour autrui,
5. leurs motivations à recourir à la gestation pour autrui,
6. l'autonomie et la prise de décision (décision de s'engager dans une gestation pour autrui, critères de sélection et contrat de gestation pour autrui),
7. les aspects médicaux,
8. la relation avec l'enfant ou les enfants,
9. la relation avec les parents d'intention,
10. la relation avec la clinique,
11. les impacts psychologiques,
12. physiques et
13. financiers de la gestation pour autrui sur leur vie,
14. les aspects judiciaires de la gestation pour autrui, et
15. leurs droits fondamentaux.

L'étude menée en 2019 a confirmé de nombreux résultats de mes recherches antérieures, comblé certaines lacunes et mis en évidence de nouveaux éléments concernant :

1. la violation de l'éthique médicale,
2. l'impact sur la vie des mères porteuses,
3. l'impact sur la vie des enfants déjà présents dans les familles des mères porteuses,
4. leurs relations avec la clinique, les parents d'intention et les enfants nés de la gestation pour autrui,
5. les violations des droits humains et des droits de l'enfant,
6. la traite des femmes, et
7. l'impact concret, sur le terrain en Inde, des lois actuelles interdisant la gestation pour autrui commerciale.

Un questionnaire structuré sur les thèmes mentionnés ci-dessus servait principalement de guide pour les entretiens. Toutefois, compte tenu de la sensibilité du sujet, les mères porteuses étaient autorisées à orienter l'entretien dans la direction qu'elles souhaitaient, sans être relancées si elles exprimaient un malaise ou faisaient face à d'autres difficultés importantes dans leur vie. Un effort a été fait pour couvrir autant de questions du questionnaire que possible. Leur consentement a été recueilli et, en conséquence, les entretiens ont été enregistrés et analysés selon une approche ethnométhodologique. Outre leurs réponses, le langage, les expressions, les propos et les interactions des mères porteuses et des membres de leur famille ont également été analysés.

Je n'ai pas été en mesure d'entrer dans les logements des mères porteuses (dortoirs ou foyers gérés par les cliniques), car cela aurait été extrêmement dangereux pour moi. Les mères porteuses craignaient pour leur propre sécurité ainsi que pour la mienne et m'ont donc conseillé d'interviewer uniquement celles qui avaient déjà achevé une gestation pour autrui. J'ai ainsi interrogé 45 mères porteuses après la gestation pour autrui, à leur domicile, sur leur lieu de travail, dans une voiture stationnée à proximité de leur lieu de travail, ou dans tout autre endroit où elles se sentaient à l'aise pour s'exprimer. L'avantage de cette méthodologie est que les mères porteuses ont pu partager les impacts de la gestation pour autrui sur leur vie.

J'ouvre ce rapport par une analyse des pratiques illégales en cours dans les cliniques de fécondation in vitro pratiquant la gestation pour autrui, qui constituent des violations du projet de loi sur les techniques de procréation assistée (*ART Bill*) de 2005, ainsi que des violations des droits humains fondamentaux et de et humaine.

3. Violation des Droits Fondamentaux

La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005) reconnaît que les avancées technologiques dans les sciences médicales doivent être éthiquement fondées, en accordant « le respect dû à la dignité de la personne humaine et le respect universel des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi que leur observation » (UNESCO, 2006 : 3). L'étude révèle que ce droit fondamental a été violé dans les pratiques de gestation pour autrui.

L'article 9 de la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose : « Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ou exilé » (UNESCO, 2006). Or, cette clinique très réputée retient de force des femmes dans des dortoirs pendant toute la durée de la gestation pour autrui, contre leur volonté, ce qui a sur elles un impact psychologique très délétère (voir section 13a). Les mères porteuses sont maintenues dans ces dortoirs sans liberté de mouvement ni liberté quant à l'alimentation, et elles se voient imposer des restrictions, notamment : toute intimité sexuelle avec leur mari, le fait de partager des repas avec leurs enfants, la possibilité de garder leurs enfants dans le logement des mères porteuses, ainsi que le type de musique qu'elles peuvent écouter et ce qu'elles peuvent regarder à la télévision. Certaines mères porteuses ont été empêchées d'appeler leur mari avant l'obtention des résultats du transfert embryonnaire, accompagnées jusqu'aux toilettes, contraintes de ne pas rire ni parler trop fort, confinées au lit les jambes croisées et surélevées, privées de café, ainsi que soumises à de nombreuses autres règles du même ordre.

De fait, presque toutes les mères porteuses (93 %) considèrent que la gestation pour autrui constitue une forme d'esclavage, et une majorité (67 %) ont estimé que le processus s'apparente à une forme d'exploitation sexuelle de leurs organes reproducteurs. Aucune d'entre elles n'a estimé que le contrat de gestation pour autrui les protégeait contre les risques liés à la grossesse. Après la naissance, certaines mères porteuses n'ont pas été autorisées à voir le visage des bébés ; la plupart sont censées fournir du lait maternel au moyen d'un tire-lait ; certaines sont même censées devenir les nourrices de ces bébés, avant d'en être ensuite brutalement séparées ; dans certains cas, ces bébés sont présentés aux jeunes enfants de la mère porteuse comme étant leur frère ou leur sœur, avant d'être ensuite séparés tout aussi brutalement.

« Ici, tout dépend d'elle (Dr Nisha³) : elle peut faire absolument tout ce qu'elle veut. »
(Mère porteuse – MP 14)

3.1. Restrictions imposées aux mères porteuses

Invariablement, toutes les mères porteuses ont déclaré que leurs déplacements étaient restreints pendant la grossesse. Dans 52 des 63 grossesses, les mères porteuses (MP) ont été privées de liberté de mouvement pendant toute la durée de la grossesse. Dans 11 grossesses, la restriction de déplacement s'appliquait durant certaines périodes seulement (après le transfert embryonnaire et avant l'accouchement). Leurs maris n'étaient pas autorisés à entrer dans la chambre lors du transfert embryonnaire ni lors de l'accouchement. La restriction va donc bien au-delà de l'interdiction de toute intimité sexuelle avec leur mari.

Une agente principale de cette clinique a expliqué en détail les règles que les femmes étaient censées suivre dans le logement des mères porteuses (voir MP 39). Les femmes devaient rester alitées pendant deux mois. La position de sommeil était également imposée : jambes croisées et surélevées. Elles n'avaient pas le droit de parler fort. Il leur était interdit de rire bruyamment. Elles pouvaient marcher, mais très lentement, uniquement pour aller aux toilettes et nulle part ailleurs. On les mettait en garde contre le fait d'uriner « trop fort ». On leur faisait croire que ce n'est qu'en respectant ces règles que le test de grossesse serait positif. On leur disait de ne subir aucune tension et de faire toutes choses « paisiblement », et c'est pour cette raison qu'elles étaient aussi empêchées de parler à leur mari et à leur famille après le transfert embryonnaire jusqu'aux résultats de grossesse. On leur expliquait que l'enfant avait été « placé artificiellement » dans leur utérus, et que ces règles étaient destinées à assurer un soin maximal afin d'éviter une fausse couche. Les mères porteuses devaient manger ce qui leur était donné. Certaines femmes n'appréciaient pas le mélange protéiné, mais on les y contraignait. Dans un cas, Banu (MP 5) a subi une restriction telle qu'elle se sentait étouffer. Elle était suivie jusque dans les toilettes ; les parents d'intention lui ont arraché son téléphone et l'ont surveillée personnellement 24 heures sur 24 jusqu'à l'obtention d'un résultat de grossesse positif.

³ Le Dr Nisha dirige une clinique très réputée à Anand, au Gujarat.

L'article 14 de la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose : « Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État », ce qui est manifestement violé au regard des expériences décrites ci-dessus. La clinique dispose désormais d'un complexe récemment construit « tout compris », regroupant la clinique, le logement des mères porteuses, une résidence pour les parents d'intention, des cantines, des commerces — tout à l'intérieur du même bâtiment. Le logement actuel des mères porteuses, dans ce nouveau complexe, se situe au sous-sol. Il n'y avait donc pas d'air frais, pas de fenêtres ni de balcons. Deux gardes se tenaient à l'entrée, de sorte que les mères porteuses ne pouvaient pas sortir facilement du bâtiment. Dans l'ancien logement des mères porteuses que j'avais visité en 2009, les femmes sortaient parfois ou parvenaient à faire entrer clandestinement des aliments qu'elles appréciaient ; ici, au sous-sol, elles ne pouvaient plus le faire et se sentaient encore davantage enfermées.

3.2. Autres violations

La majorité (67 %) des mères porteuses (30 sur 45) ont estimé que les pratiques médicales étaient à ce point attentatoires qu'elles pouvaient être assimilées à une forme d'exploitation sexuelle. Une proportion encore plus importante (93 %) a déclaré que le processus de gestation pour autrui pouvait être comparé à une forme d'esclavage. Elles ont précisé que, si elles n'avaient pas été dans une situation de détresse financière, elles n'y auraient jamais eu recours. La plupart des mères porteuses (87 %, soit 39 sur 45) ont également indiqué avoir ressenti une atteinte à leur intégrité physique à la maternité et dans les services hospitaliers.

D'autres violations ont été relevées : les mères porteuses étaient empêchées de partager des fruits, des repas ou des fruits secs avec leurs enfants lorsqu'ils venaient leur rendre visite dans le logement des mères porteuses. Elles étaient également maltraitées après l'accouchement, notamment par l'interdiction de voir le visage du bébé, la séparation brutale d'avec l'enfant après un début d'attachement, la rupture de tout contact décidée par les parents d'intention, ainsi que par le fait que la clinique les chassait lorsqu'elles revenaient avec des problèmes de santé.

4. Pratiques illégales

L'un des constats issus de mon étude précédente était que l'Inde était devenue un cas emblématique de violations systématiques de l'éthique médicale commises par les cliniques, en raison des inégalités structurelles, et que la gestation pour autrui y était demeurée non réglementée dans un cadre juridique permissif jusqu'en septembre 2015.

La présente étude a révélé que les cliniques se livraient à des pratiques illégales, notamment en :

- ne remettant pas de copie du contrat aux mères porteuse
- pratiquant des avortements sélectifs in utero en fonction du sexe lorsque plus de deux embryons évoluaient vers des grossesses positives,
- ayant recours à la gestation pour autrui dite « traditionnelle » (utilisant les ovocytes de la mère porteuse), et

- procédant simultanément au transfert d'embryons chez plus d'une mère porteuse.

4.1. Copie du contrat

Aucune des mères porteuses n'a reçu de copie de son contrat. Bien qu'elles aient conscience qu'il s'agit d'une violation de leurs droits humains fondamentaux, elles acceptent cette situation faute de pouvoir agir autrement. Les mères porteuses n'exercent aucun contrôle sur leur propre corps ni sur les enfants tout au long du processus et ne peuvent, en aucun cas, remettre en question une intervention médicale ou physique qui leur est imposée. Aucun paiement supplémentaire n'était prévu en cas de fausse couche. Aucune assurance santé ou assurance-vie n'était prévue. La non-remise d'une copie du contrat visait précisément à éviter que les mères porteuses disposent d'un document pouvant être utilisé dans le cadre d'une procédure judiciaire contre la clinique. Même les paiements étaient effectués en espèces, afin qu'il n'existe aucune preuve de la gestation pour autrui ni du montant effectivement versé à la mère porteuse.

4.2. Avortements sélectifs (fondés sur le sexe)

Lors de ma précédente visite, il y a dix ans, des mères porteuses m'avaient indiqué avoir été témoins de complications subies par d'autres femmes à la suite d'avortements sélectifs. Il m'avait été rapporté qu'il s'agissait d'une procédure risquée, susceptible d'entraîner l'interruption de l'ensemble de la grossesse. J'avais alors supposé que la détermination du sexe et les avortements sélectifs pouvaient également être pratiqués dans ce cadre.

Cette étude de suivi menée en 2019 a confirmé que des avortements sélectifs fondés sur le sexe étaient effectivement pratiqués, avec les complications évidentes qui en découlent. Gracy (MP 2) a expliqué qu'à la suite du transfert de cinq embryons, deux fœtus féminins et un fœtus masculin se développaient dans son utérus. L'un des fœtus féminins a été identifié puis avorté de manière sélective par le Dr Nisha (nom modifié). Celle-ci s'est contentée d'informer Gracy qu'il y avait deux filles et un garçon et qu'elle procéderait donc à l'avortement de l'un des fœtus féminins. Le consentement de Gracy n'a pas été sollicité, et celle-ci a été profondément bouleversée sur le plan émotionnel à la suite de cette intervention.

Bhavya (MP 33) portait des jumeaux et l'un des fœtus a été avorté in utero à la demande des parents d'intention. Un avortement sélectif a également été pratiqué sur Ujwala, qui portait des triplés. Elle a subi des complications et a fait une fausse couche complète au cinquième mois de grossesse à la suite de cette procédure de réduction fœtale. Une procédure similaire de réduction fœtale a également été pratiquée sur Nargisa (MP 14). Ni Bhavya, ni Ujwala, ni Nargisa n'ont reçu d'informations concernant le sexe des enfants qu'elles portaient, ni sur le fait de savoir si le fœtus avorté était de sexe féminin ou masculin.

Madeeha (MP 39) a été emmenée dans une clinique du Kerala pour une gestation pour autrui, répondant aux demandes de parents d'intention musulmans originaires du Moyen-Orient. Après quelques mois de grossesse, son agente lui a indiqué qu'elle portait deux enfants et qu'elle devait avorter l'un des fœtus. Elle a refusé. L'agente l'a alors menacée de ne recevoir aucun paiement de la clinique si elle refusait l'avortement. Madeeha a protesté vivement et exigé de pouvoir s'adresser directement aux parents d'intention. Cela lui a été refusé, mais elle a maintenu son refus de l'avortement et a donné naissance aux jumeaux. Son amie Rabeena n'a pas eu la même

chance : elle portait également des jumeaux et a subi un avortement sélectif. Elle a estimé que les parents d'intention portaient eux aussi une part de responsabilité pour avoir permis de telles pratiques.

Cette étude récente a mis en évidence des éléments probants démontrant que des avortements sélectifs fondés sur le sexe étaient pratiqués, en violation de la loi, et, de surcroît, sans le consentement des mères porteuses.

4.3. La gestation pour autrui traditionnelle

Le recours à la gestation pour autrui dite « traditionnelle » est illégal en Inde depuis le premier projet de loi relatif aux techniques de procréation assistée (Assisted Reproductive Technology (Regulation) Bill) de 2008. La gestation pour autrui traditionnelle consiste à utiliser l'ovocyte de la mère porteuse pour la gestation, ce qui fait d'elle également la génitrice génétique de l'enfant. Toutefois, une clinique de plus petite taille située à Anand a eu recours à cette pratique en utilisant les ovocytes de Banu (MP 5) lors de sa deuxième gestation pour autrui.

4.4. Transfert embryonnaire simultané chez deux mères

Plusieurs parents d'intention ont fait procéder simultanément au transfert d'embryons chez deux mères porteuses, comme dans le cas de Kaavya (MP 12). Les deux mères porteuses sont tombées enceintes, chacune d'un enfant, et ont toutes deux donné naissance à une fille. Dans cette clinique, à tout moment, le corps d'au moins deux mères porteuses était systématiquement préparé en vue d'un transfert embryonnaire. Dans le cas de Sriya (MP 20), les parents d'intention ont sélectionné deux mères porteuses dont l'utérus était jugé prêt pour le transfert. Les embryons ont été transférés simultanément : Sriya est tombée enceinte, tandis que le transfert chez l'autre mère porteuse a échoué. Par la suite, les parents d'intention n'ont versé à Sriya qu'une somme réduite, au motif qu'ils avaient engagé des dépenses importantes pour deux tentatives de transfert embryonnaire sur deux mères porteuses. Sriya ignorait même quel serait le montant final de sa rémunération : elle ne pouvait pas lire le contrat rédigé en anglais, n'en avait pas été informée et n'avait jamais osé poser la question.

Le Dr Nisha a par ailleurs suggéré aux parents d'intention de Yasifa (MP 29) que, la qualité de ses ovocytes étant jugée faible, un transfert d'embryons devait être effectué simultanément chez une autre mère porteuse. Yasifa est tombée enceinte, tandis que l'autre mère porteuse ne l'a pas été.

5. Profil socio-économique des mères porteuses

Dans cette étude, beaucoup de mères porteuses (38 %) n'avaient été scolarisées que jusqu'au niveau primaire, et très peu avaient terminé la 10^e classe (15 %) ou la 12^e classe (11 %). Près de 40 % des mères porteuses étaient non lettrées ou n'avaient suivi qu'un enseignement primaire. Cela a un effet sur leur capacité de négociation, leur compréhension du contrat et leur marge

d'autonomie dans le cadre de la gestation pour autrui. Aucune des mères porteuses rencontrées ne savait lire l'anglais et, par conséquent, elles étaient incapables de lire et de comprendre le contrat qu'elles avaient signé.

Un autre aspect important, lié au faible niveau d'éducation des mères porteuses, est que beaucoup de ces femmes ont été retirées de l'école pour s'occuper de frères et sœurs plus jeunes, travailler comme ouvrières agricoles, ou être poussées vers un mariage précoce. Certaines ont subi des traumatismes tels que la maladie ou le décès de l'un ou des deux parents. Presque toutes les femmes interrogées dans cette étude ont indiqué ouvertement s'être mariées en dessous de l'âge légal (18 ans). Le mariage d'enfants constitue un obstacle majeur pour les filles concernées : il conduit à des maternités précoces, avec des conséquences négatives non seulement sur la santé et le bien-être des femmes, mais aussi sur leur identité personnelle et leur confiance en elles. Bien que l'objectif de cette étude n'ait pas inclus une analyse de l'impact des négligences subies dans l'enfance sur la vie adulte, les mères porteuses ont néanmoins fourni des éléments indiquant qu'elles se percevaient dans une position subordonnée ou effacée dans la prise de décision concernant leur engagement dans la gestation pour autrui.

Dans l'ensemble, les mères porteuses étaient majoritairement des femmes au foyer, et celles qui exerçaient une activité rémunérée occupaient des emplois variés, tels que : agentes d'entretien dans des centres commerciaux ou des hôpitaux (MP 31, 32, 33) et employées de maison. Une mère porteuse travaillait comme aide à domicile auprès de personnes âgées (MP 35) ; certaines étaient ouvrières/journalières (MP 25, 36, 38), confectionnaient des guirlandes (MP 4, 5, 6) et d'autres étaient couturières à domicile (MP 11, 39). Une ancienne mère porteuse revenait tout juste d'Arabie saoudite, où elle avait travaillé comme employée de maison (MP 22).

Les mères porteuses avaient en moyenne deux enfants. Toutes les femmes étaient mariées et vivaient avec leur mari, à l'exception de trois veuves. Deux des maris décédés étaient alcooliques, et le troisième est décédé d'une insuffisance rénale.

Table 1: Economic Condition of Surrogate Mothers

Condition Economique	Nb de mères porteuse	%
Propriétaires ⁴	12	27
Pauvres ⁵	22	49
Très pauvres ⁶	11	24
Total	45	100

⁴ Propriétaires de terres ou de logement disposant d'un revenu de subsistance

⁵ Pauvres : ménages non propriétaires de terres ou de logement disposant d'un revenu de subsistance.

⁶ Très pauvres : ménages non propriétaires de terres ou de logement ne disposant d'aucun revenu de subsistance.

La majorité (63 %) des ménages des mères porteuses étaient pauvres ou très pauvres. Près d'un quart étaient très pauvres (11 sur 45) et la moitié (22 sur 45) étaient pauvres (voir tableau 1). Les douze autres ménages (22 %) étaient propriétaires d'une maison ou de terres et comptaient des membres du foyer disposant de revenus ; ils n'ont donc pas été considérés comme pauvres. Les propriétaires de terres ou de logements ont investi l'argent issu de la gestation pour autrui dans l'éducation ou dans l'achat de parcelles supplémentaires ou de bétail (buffles, vaches). J'ai défini comme « pauvres » les ménages non-propriétaires de terres ou de logement, vivant toutefois à un niveau de subsistance, avec un mari et une épouse travaillant tous deux et percevant un revenu régulier. Les ménages « pauvres » et « très pauvres » sont ceux qui ne possèdent ni terre ni logement et comptent respectivement un seul ou aucun membre disposant d'un revenu stable.

Parmi les personnes interrogées figuraient trois agentes expérimentées de la gestation pour autrui (MP 1, 3, 32), dont les revenus principaux du ménage continuaient de provenir des commissions perçues en tant qu'agentes de biomarché pour la gestation pour autrui, le don d'ovocytes et les essais cliniques.

Bien que cela ne fasse pas partie du questionnaire, je me suis surprise à poser cette question aux mères porteuses, car, outre la gestation pour autrui, d'autres formes de biomarché constituaient également une source de revenus pour leur foyer. Près de la moitié des mères porteuses m'ont spontanément indiqué avoir été donneuses d'ovocytes. Une fois qu'elles s'engagent dans l'une de ces activités de biomarché, elles reçoivent des appels de suivi constants de la part des cliniques, les invitant à participer à nouveau à des gestations pour autrui, à des dons d'ovocytes ou à des essais médicamenteux.

La plupart des mères porteuses ont déclaré qu'elles ne deviendraient jamais agentes de gestation pour autrui ni n'amèneraient d'autres femmes à la clinique en échange d'argent, car elles estiment que la gestation pour autrui est un processus risqué et que leur conscience ne leur permettrait pas d'exposer une autre femme à de tels risques.

“J'ai sacrifié ma santé et risqué ma vie, mais je ne ferai jamais subir cela à une autre femme simplement pour gagner 10 000 roupies supplémentaires”

(Megha MP 44).

C'est précisément ce que j'ai qualifié dans mon ouvrage de « justice reproductive » (Saravanan, 2018). Tant que les parents d'intention ont recours aux technologies de fécondation in vitro sur leur propre corps pour avoir des enfants, cela peut relever de leurs droits reproductifs. En revanche, lorsqu'ils ont recours à la gestation pour autrui, ils sont susceptibles d'exposer une autre femme — la mère porteuse — à la stigmatisation sociale, à des difficultés psychologiques, à des atteintes à son intégrité corporelle, et de mettre en jeu sa santé, sa liberté, voire sa vie. Dès lors, la gestation pour autrui ne peut être considérée comme une pratique socialement justifiée.

Les mères porteuses que j'ai rencontrées en Inde mobilisent la même logique pour expliquer pourquoi elles refusent d'exposer la santé et la vie d'une autre femme à de tels risques. Selon leurs propres termes, leur conscience ne le leur permet pas. Certaines ont également exprimé la crainte que, si un événement grave survenait à l'encontre d'une mère porteuse, les membres de sa famille puissent les en tenir pour responsables.

6. Information relative à la gestation pour autrui

Afin de comprendre la pratique de la gestation pour autrui dans la zone étudiée, cette section précise les éléments suivants :

- les cliniques auxquelles les mères porteuses étaient rattachées dans le cadre de leur contrat de gestation pour autrui,
- le nombre de gestations pour autrui auxquelles les mères porteuses ont participé,
- le nombre d'enfants mis au monde,
- le sexe des enfants nés,
- l'année des gestations pour autrui, et
- leur rémunération.

Les 45 mères porteuses interrogées ont participé à un total de 63 gestations pour autrui et ont donné naissance à 90 enfants. Sur l'ensemble des 63 gestations pour autrui analysées dans cette étude, 52 (82 %) ont eu lieu dans une clinique particulièrement réputée d'Anand, 8 (13 %) dans d'autres cliniques situées à Ahmedabad, Surat et Anand, et les trois restantes (5 %) à Atthani (Kochi), au Kerala. Seize pour cent des gestations pour autrui ont eu lieu plus récemment, entre 2016 et 2018 ; près de la moitié (49 %) de l'ensemble des gestations pour autrui se sont déroulées entre 2011 et 2015. Un peu plus d'un tiers concernaient des gestations pour autrui réalisées entre 2007 et 2010 (voir tableau 2).

Table 2: Répartition des gestations pour autrui par période annuelle

Période	Nombre de GPA	% Total
2007 to 2010	22	35
2011 to 2015	31	49
2016 to 2018	10	16
Total	63	100

La majorité (62 %) des mères porteuses (28 sur 45) n'ont participé à la gestation pour autrui qu'une seule fois. Un peu plus d'un tiers (35 %) ont renouvelé l'expérience une deuxième fois (16 sur 45). Une seule mère porteuse (MP 1) y a eu recours à trois reprises ; elle est également une agente expérimentée du biomarché. La moitié (8 sur 16) des mères porteuses ayant répété

une gestation pour autrui l'ont fait parce que la rémunération perçue lors de la première expérience était insuffisante pour construire ou acheter un logement.

Table: 3: Number of de GPA par mère porteuse

Nb de GPA par mère porteuse	Nombre de mères porteuses	% Total
1	28	62.22
2	16	35.56
3	1	2.22
Total	63	100

Au total, 37 naissances uniques, 25 grossesses gémellaires (50 bébés) et une grossesse triple (3 bébés) ont été recensées chez les mères porteuses, soit un total de 90 bébés (voir tableau 4). Selon les mères porteuses, dans la clinique d'Anand, cinq embryons étaient transférés dans leur utérus. Si un seul embryon évoluait vers une grossesse positive dans l'utérus de la mère porteuse, le Dr Nisha n'intervenait pas in utero, sauf demande expresse des parents d'intention. En revanche, lorsque plus de deux fœtus survivaient, elle procédait systématiquement à des avortements sélectifs des fœtus excédentaires. Dans un cas, elle a même avorté un fœtus in utero alors qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire. Selon les mères porteuses, le Dr Nisha est très attachée au maintien d'un maximum de deux fœtus — voire moins — dans l'utérus. Il existe en outre des éléments probants indiquant que le Dr Nisha identifie le sexe des fœtus afin de procéder à des avortements sélectifs, d'après les informations recueillies dans cette étude.

Gracy (MP 2) a indiqué qu'il y avait deux fœtus féminins et un fœtus masculin dans son utérus et que le Dr Nisha avait spécifiquement avorté le second fœtus féminin sans solliciter son consentement. Nargisa (MP 14) et Ujwala (MP 9) ont également déclaré qu'elles portaient des triplés et que le Dr Nisha avait procédé à l'avortement sélectif d'un fœtus in utero au cours de leur grossesse de gestation pour autrui (photo 1). Elles n'ont reçu aucune information concernant les fœtus avant que cette intervention ne soit pratiquée. Selon Dimpy (MP 15), les avortements sélectifs in utero sont couramment pratiqués dans la clinique, généralement lorsque plus de deux fœtus sont présents, après identification du sexe des fœtus. Nargisa (MP 14) remet en question la moralité du Dr Nisha lorsqu'elle élimine des fœtus féminins dans l'utérus des mères porteuses, alors même que la clinique affiche un grand panneau condamnant l'élimination des filles avant la naissance.

Sachant que ce sont généralement les grossesses multiples survivantes — triplés (trois), quadruplés (quatre) et quintuplés (cinq) — qui sont manipulées et réduites à des grossesses gémellaires par le Dr Nisha, il est pertinent d'analyser la répartition des garçons et des filles parmi les jumeaux nés. Parmi les jumeaux, le nombre de garçons (32) est nettement supérieur à celui des filles (18). En revanche, parmi les naissances uniques, le nombre de filles (23) est sensiblement plus élevé que celui des garçons (14) (voir tableau 4). Sur les 25 grossesses gémellaires, 7 ont donné naissance à deux garçons et 18 à un garçon et une fille. Aucun cas de jumeaux composés de deux filles n'a été recensé.

Table 4: Nombre de bébés nés et répartition par sexe

Sex Composition among Twins, Singles & Triplets		Nb total de bébés	G ar ç o ns	Filles
Jumeaux	25	50	32	18
Singles	37	37	14	23
Triplets	1	3	1	2
Total	63	90	47	43

Étant donné que les cliniques de gestation pour autrui ne sont pas tenues de transmettre des listes officielles concernant cette pratique, il n'existe pas de données précises sur le nombre de gestations pour autrui ni sur le nombre d'enfants nés par gestation pour autrui en Inde. Il existe toutefois des estimations issues de différentes sources. Selon l'une d'entre elles, entre un tiers et la moitié de l'ensemble des parents d'intention ayant recours à la gestation pour autrui en Inde seraient originaires de l'étranger (Bhalla et Thapiyal, 2013 ; Desai, 2012). Le magazine d'actualité indien *Frontline* estimait qu'environ 60 à 80 % des personnes étrangères impliquées dans la gestation pour autrui en Inde étaient des ressortissants étrangers (*Frontline*, 2016). Une clinique très réputée d'Anand affirmait que plus de 1 100 bébés étaient nés par gestation pour autrui jusqu'en 2016 et que, pour près des deux tiers de ces gestations pour autrui, les parents d'intention provenaient de l'étranger.

La présente étude révèle que 57 % des parents d'intention étaient originaires de l'étranger (voir tableau 5). Ce chiffre comprend 16 % d'Indiens non-résidents (Non-Résident Indiens – NRI) vivant à l'étranger et 41 % de parents d'intention provenant d'Afrique, de Dubaï, du Canada, de Turquie, des États-Unis, de Bahreïn, du Bangladesh, du Nigeria et des pays du Golfe. Par ailleurs, 41 % des parents d'intention venaient au Gujarat depuis différentes régions de l'Inde (Delhi, Mumbai, Ahmedabad, Bharuch, Bangalore, Andhra Pradesh, Hyderabad, Bhopal, Rajasthan et Belgaum). Le cas classé comme « non connu » s'explique par le fait qu'une mère porteuse n'avait ni rencontré les parents d'intention ni reçu d'informations à leur sujet (voir MP 1).

Table 5: Pays d'origine des parents d'intention (PI) et schéma de rémunération

Pays d'origine	Nb Mères Coman ditaires	%	Rémunération Moyenne des
----------------	-------------------------	---	--------------------------

			mères porteuses en lakhs ⁷
Non-Résident Indiens	10	15.87	4.09
De l'étranger	26	41.27	4.26
Indiens	26	41.27	3.37
Inconnus	1	1.59	
Total	63	100.00	3.85

La rémunération moyenne perçue par les mères porteuses s'élevait à 3,85 lakhs (voir tableau 5). En moyenne, la rémunération versée par les parents d'intention venant de l'étranger (4,26 lakhs) était légèrement supérieure à celle versée par les parents indiens résidant en Inde (3,37 lakhs). La rémunération moyenne versée par les Indiens non-résidents (NRI) (4,09 lakhs) était également légèrement supérieure à celle versée par les parents indiens résidant en Inde (3,37 lakhs).

Les mères porteuses ont indiqué que la rémunération était plus élevée en cas de naissance de jumeaux que pour une naissance unique, et que la naissance d'un garçon donnait lieu à un paiement supérieur à celle d'une fille unique. Même le teint des bébés influençait la rémunération des mères porteuses. MP 1 a ainsi reçu une rémunération inférieure pour les jumeaux qu'elle a mis au monde, leur teint n'étant pas au goût des parents d'intention. Certains parents d'intention, confrontés à des factures très élevées imposées par la clinique, compensaient ces coûts en réduisant la rémunération des mères porteuses. Les mères porteuses ignorent le montant exact de la rémunération inscrit dans le contrat, puisqu'elles n'en reçoivent aucune copie. Les parents d'intention versent en réalité des sommes bien plus élevées à la clinique pour la gestation pour autrui. Il m'a été indiqué que les parents d'intention payaient environ 14 lakhs pour un enfant et près de 20 lakhs pour des jumeaux. Les parents d'intention venant de l'étranger se voyaient facturer des montants nettement plus élevés. Les profits considérables réalisés par les cliniques auprès de clients étrangers, comparés aux rémunérations marginales versées aux mères porteuses, ont ainsi transformé la gestation pour autrui en une activité extrêmement lucrative reposant sur l'exploitation du corps des femmes.

7. Objectif de la gestation pour autrui

Toutes les mères porteuses ont eu recours à la gestation pour autrui comme **moyen de gagner de l'argent sur une courte période**. Elles ont toutes déclaré qu'elles auraient accepté de recourir à la gestation pour autrui même si la rémunération avait été moindre. Quel que soit le montant perçu, il représentait de toute façon **une somme importante**, explique Parul (MP 7). En situation de pauvreté, elles auraient accepté n'importe quel montant, même si la rémunération d'une gestation pour autrui est généralement insuffisante pour permettre l'achat ou la construction d'un logement. Toutes les mères porteuses ont affirmé qu'elles n'auraient pas accepté de faire une gestation pour autrui s'il n'y avait pas eu d'argent en jeu. « *Il n'y a aucun sens à risquer sa vie pour rien en retour* », déclare Parul (MP 7). « *Nous étions déjà pauvres, qui ferait cela gratuitement ?* », ajoute Nitya (MP 4). D'autres ont indiqué qu'elles avaient accepté la gestation

⁷ En Inde, **100 000** sont désignés par le terme « **lakh** ».

pour autrui dans un objectif précis — financer l'éducation de leurs enfants ou acquérir un logement — et qu'elles ne l'auraient jamais fait gratuitement. Savita (MP 36) décrit l'ensemble du processus de gestation pour autrui comme physiquement et émotionnellement épuisant ; selon elle, personne ne s'y engagerait sans contrepartie financière. Ainsi, l'altruisme comme motivation principale de la gestation pour autrui peut être totalement écarté.

La majorité (77 %) des mères porteuses (35 sur 45) se sont engagées dans la gestation pour autrui afin de construire ou d'acheter un logement. Parmi elles, la plupart (25 sur 35, soit 71 %) y sont effectivement parvenues. Sur ces 25 mères porteuses devenues propriétaires, 15 (60 %) avaient eu recours à des gestations pour autrui répétées ; les autres avaient également participé à des dons d'ovocytes et à des essais cliniques, vendant leur corps sur ce marché afin de réunir les fonds nécessaires à l'achat d'un logement. Quelques-unes ont eu recours à la gestation pour autrui pour épargner en vue de l'éducation de leurs enfants (trois ménages). Aucune des mères porteuses pauvres souhaitant acquérir un logement n'a pu y parvenir avec une seule gestation pour autrui. Ce n'est qu'à l'issue d'une seconde gestation pour autrui ou par l'engagement cumulatif dans différentes formes de biomarché — don d'ovocytes et essais cliniques — qu'elles ont pu gagner suffisamment d'argent pour acheter ou construire une maison.

Tous les ménages des mères porteuses disposaient d'un moyen de subsistance ; ces femmes avaient la capacité de travailler et travaillaient effectivement, mais elles cherchaient à améliorer leur situation économique, par exemple en passant d'un travail journalier précaire à un emploi plus stable. La survie au quotidien n'était pas un problème majeur dans ces foyers. Toutefois, certains ménages faisaient face à des situations particulièrement difficiles, telles que l'endettement (deux ménages) ou la perte du logement à la suite d'inondations ou de dégradations (deux ménages). Certaines configurations familiales spécifiques, comme des maris alcooliques ou des proches gravement malades, accentuaient encore leur situation de vulnérabilité (MP 1, 16, 26, 31, 39). De nombreux cas de maris alcooliques existent, mais seuls les plus sévères ont été évoqués ouvertement par les mères porteuses. Sriya et Kalpika avaient des enfants en situation de handicap et ont consacré une partie de l'argent issu de la gestation pour autrui à leurs soins médicaux (MP 20, 32). Il apparaît clairement que les femmes ayant recours à la gestation pour autrui se trouvent dans des situations de vulnérabilité : la grande majorité (82 %) des mères porteuses (37 sur 45) ont déclaré qu'elles se trouvaient dans une situation vulnérable lorsque la gestation pour autrui leur a été proposée.

L'alimentation et l'habillement ne constituaient pas des difficultés majeures ; les ménages parvenaient à subsister. En revanche, la santé, l'éducation et le logement étaient les principales raisons motivant le recours à la gestation pour autrui en Inde. Les raisons initiales de l'engagement dans la gestation pour autrui peuvent différer de la manière dont l'argent est effectivement dépensé par la suite (voir section 15). Le gouvernement indien doit accorder une priorité absolue à la mise en place de politiques garantissant un accès abordable au logement, à l'éducation et aux soins de santé pour les populations les plus défavorisées du pays.

8. Intermédiation d'agent (e) et prise de décision

Près de la moitié (49 %) des femmes (22 sur 45) ont été « convaincues » de recourir à la gestation pour autrui par des agents de gestation pour autrui, et 42 % (19 sur 45) par leurs maris. Avant même la signature des contrats de gestation pour autrui, un travail de terrain est mené par les cliniques grâce à un vaste réseau d'agents de gestation pour autrui, de médecins et d'infirmières dans l'ouest de l'Inde, d'Ahmedabad à Mumbai. Les agents recherchent des femmes pauvres dans leur voisinage, parmi leurs amis et leurs proches, dans les cliniques d'essais médicamenteux et parmi les donneuses d'ovocytes. Chaque personne impliquée dans l'acheminement d'une mère porteuse vers la clinique perçoit une commission (10 000 roupies) une fois que l'enfant ou les enfants ont été remis aux parents d'intention.

Dans cette étude, trois agentes majeures — Narmada et Sarala (MP 3), Kalpika (MP 32) — ainsi que d'autres agentes de moindre envergure, conduisaient des femmes à la clinique afin qu'elles deviennent mères porteuses, en échange d'une commission. Le Dr Nisha dispose d'un réseau étendu de cliniques sur l'ensemble de la « ceinture ouest » de l'Inde ; elle diffuse l'information à ses cliniques partenaires afin qu'elles lui fournissent des femmes pauvres disposées à devenir mères porteuses.

L'une des agentes interrogées dans le cadre de mon étude m'a, à plusieurs reprises, demandé les coordonnées de mères porteuses retombées dans une pauvreté extrême, afin de pouvoir les recontacter pour ce « commerce » du biomarché. Je n'ai pas communiqué ces informations, mais cette demande illustre bien la méthode adoptée par les agents de gestation pour autrui : repérer des femmes vulnérables et les inciter — par pression et persuasion — à gagner rapidement de l'argent en devenant mères porteuses. Si les femmes semblent peu intéressées, les maris sont alors sollicités et « convaincus » afin d'influencer leur décision.

Les femmes ayant déjà été mères porteuses une première fois sont ensuite appelées de manière répétée par la clinique, qui leur demande de revenir pour une nouvelle gestation pour autrui. On les encourage à recommencer en leur expliquant qu'elles ont un utérus « en bonne santé » et qu'elles devraient donc effectuer une nouvelle gestation pour autrui. De la même manière, la clinique recontacte régulièrement les anciennes donneuses d'ovocytes pour leur proposer de nouveaux dons. Il en va de même pour les essais médicamenteux : les cliniques tiennent une base de données de toutes les personnes ayant déjà participé à un essai clinique, et leur stratégie de recrutement consiste à les appeler à répétition pour les inviter à participer à des essais à venir.

8.1. Prise de décision concernant la gestation pour autrui

L'autonomie des femmes dans leur engagement dans la gestation pour autrui est abordée dans les sections II (motivations) et III (prise de décision) du questionnaire. Les récits recueillis révèlent en outre différentes formes de coercition exercées par les maris, les membres de la famille, ainsi que le rôle joué par les agents de gestation pour autrui et les cliniques à ce stade du processus.

Toutes les mères porteuses ont déclaré avoir éprouvé des appréhensions à l'égard de la gestation pour autrui. La majorité (49 %) des mères porteuses (22 sur 45) ont été contraintes par de grands agents de gestation pour autrui — Narmada et Sarala (MP 2) — ainsi que par d'autres agents de moindre envergure, tels que Kalpika (MP 32). Le deuxième niveau de coercition est exercé par les maris (42 %, soit 19 sur 45) et par les médecins (24 %, soit 11 sur 45), notamment le Dr Usha ou le Dr Nisha de cette clinique très réputée d'Anand. Le Dr Nisha informe des médecins travaillant dans d'autres cliniques de surveiller les femmes pauvres employées dans leurs

établissements dans l'ensemble de la région ouest de l'Inde, afin de les persuader de s'engager dans la gestation pour autrui.

Le Dr Nisha avait demandé au Dr Sejal (sa belle-sœur), qui dirige une autre clinique à Anand, de repérer des femmes pauvres fréquentant sa clinique. Le Dr Sejal a proposé à Mariam (MP 31) de s'inscrire pour une gestation pour autrui. Mariam ne voulait pas y recourir ; elle avait le sentiment que cela revenait à « vendre son propre bébé ». Mais le Dr Sejal l'a poursuivie avec insistance. Elle a également parlé à son mari et a tenté de contraindre Mariam à passer par lui pour l'amener à accepter la gestation pour autrui. Son mari est parvenu à la convaincre et il a eu un accident le jour où la grossesse de Mariam a été déclarée positive. Après cette première gestation pour autrui, le Dr Nisha l'a rappelée pour qu'elle recommence, mais Mariam a refusé en disant : « cet argent est un péché, je ne peux pas recommencer ». Dans un autre cas, Nitya (MP 4) souhaitait faire une gestation pour autrui mais son mari ne l'y autorisait pas ; le Dr Nisha l'a alors aidée à convaincre son mari d'accepter.

Gracy (MP 2) estimait que la gestation pour autrui n'était pas bonne pour la société, et son mari partageait cet avis ; toutefois, Sarala (MP 3, également agente de gestation pour autrui) a exercé une pression sur Gracy et sur son mari pendant des heures et l'a entraînée dans la gestation pour autrui. Dimpy (MP 15) a été contrainte par son mari d'accompagner sa belle-sœur dans le logement des mères porteuses. Plusieurs mères porteuses étaient très inquiètes à l'idée de recourir à la gestation pour autrui, mais leur mari les a convaincues d'y aller (MP 11, MP 5). Kalpika (MP 32) était très effrayée par la gestation pour autrui, mais elle a été convaincue par une agente de gestation pour autrui très connue. Par la suite, Kalpika est elle-même devenue agente de gestation pour autrui, exerçant des pressions sur d'autres femmes pour qu'elles y recourent en échange d'argent. Madeeha (MP 39) estimait que la gestation pour autrui était moralement répréhensible, mais son mari l'y a convaincue. Plusieurs mères porteuses ont indiqué que, même si elles devaient mourir pendant la gestation pour autrui, cela leur importait peu : elles seraient prêtes à sacrifier leur vie pour leur famille (voir MP 7, 20, 21, 24, 28, 35, 42).

8.2. Critères de sélection

La Déclaration universelle des droits de l'homme, à son article 2, énonce : « Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamées dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation » (UNESCO, 2006). Or, les cliniques de gestation pour autrui en Inde violent manifestement ce droit en sélectionnant les mères porteuses en fonction de leur classe sociale, de leur couleur de peau, de leur religion et de leur origine sociale (caste). Cette atteinte aux droits humains apparaît clairement dans les critères de sélection appliqués par les cliniques. Une agente de gestation pour autrui très connue a révélé que la beauté, la religion et les préférences liées à la caste constituent des critères fortement utilisés dans la sélection des mères porteuses, non seulement à Anand mais dans tout le Gujarat. Un teint clair faisait partie des critères de la clinique pour choisir Madhuri (MP 1), notamment après qu'elle a gagné en popularité auprès des parents d'intention en tant que donneuse d'ovocytes. Le critère de « femmes plus jeunes » constituait un autre facteur de préférence dans la sélection des mères porteuses. Madhuri (MP 1) a été réprimandée par les parents d'intention lorsqu'elle a donné naissance à des enfants dont le teint était moins clair que le sien.

Une agente de gestation pour autrui a indiqué que des chrétiens venant de l'étranger souhaitaient des mères porteuses chrétiennes (MP 3, 31). Des parents d'intention musulmans du Moyen-Orient et du Bangladesh recherchaient spécifiquement des mères porteuses musulmanes (MP 3, 29). Des femmes pauvres ont été transportées de l'ouest de l'Inde (Gujarat) vers le sud de l'Inde (Kerala) afin de répondre aux demandes de parents d'intention musulmans venant du Moyen-Orient. Le Kerala est un État indien qui fournit une main-d'œuvre au Moyen-Orient depuis les années 1970 et qui, plus récemment, développe le tourisme médical au bénéfice de personnes venant du Moyen-Orient. Il s'agit d'une nouvelle forme de marché reproductif en développement dans cet État du sud. Dans cette étude, Madeeha, Saara et Rabia (MP 39, 40 et 41) ont été transportées au Kerala, confinées dans une maison pendant dix mois, exploitées, payées en deçà des montants promis, puis renvoyées en train dans leurs villes d'origine respectives.

Les parents d'intention hindous et les cliniques privilégiaient certaines castes dans la sélection des femmes comme mères porteuses. Les Patel⁸ étaient généralement préférées comme mères porteuses et étaient également mieux rémunérées que les femmes d'autres castes. En particulier, des parents d'intention Patel souhaitaient des mères porteuses Patel (MP 3, 4, 5). Le comportement des mères porteuses constituait aussi un critère de sélection. Neelam (MP 38) a expliqué que, selon elle, les parents d'intention sont fondés à choisir des femmes correspondant à leurs préférences en matière d'apparence, de comportement, de caste et de religion, puisque ce sont les mères porteuses qui porteront leur(s) enfant(s).

8.3. Le contrat de gestation pour autrui

Aucune des mères porteuses n'était en mesure de lire le contrat, rédigé en anglais ; elles ne pouvaient donc pas comprendre ce qui y était écrit. Les principaux points que le Dr Nisha expliquait à la mère porteuse et à son mari au moment de la signature étaient les suivants : elle pouvait mourir du fait de la gestation pour autrui et, si cela arrivait, la clinique n'en porterait pas la responsabilité ; elle n'aurait aucun droit sur l'enfant ; elle devrait obéir à toutes les règles imposées par la clinique pendant la gestation pour autrui ; et le mari était explicitement averti que, si elle mourait ou si son utérus devait être retiré, la clinique n'en serait pas responsable et qu'il ne devait pas venir « se battre » à la clinique.

Gracy (MP 2) a été contrainte de signer des feuilles vierges, sur lesquelles le contrat a ensuite été imprimé. Aucune des mères porteuses n'a reçu de copie de son contrat. Toutes savent qu'il s'agit d'une violation de leurs droits humains fondamentaux, mais elles acceptent parce qu'elles se sentent impuissantes et dépendantes de la clinique pour obtenir de l'argent. Le schéma de paiement est conçu de manière à maintenir le pouvoir entre les mains de la clinique jusqu'à ce que l'enfant ou les enfants soient remis aux parents d'intention.

Selon les règles de la clinique, tous les paiements effectués par les parents d'intention à destination des mères porteuses doivent transiter par la clinique. Une mère porteuse s'est plainte du fait que, bien souvent, l'infirmière chargée de remettre l'argent liquide « en prélevait » une partie au passage. Comme les paiements étaient effectués exclusivement en espèces, personne ne disposait d'un relevé ou d'une preuve. C'est précisément ce type de transferts non déclarés que le gouvernement indien a cherché à limiter depuis la politique de démonétisation de 2016, en

⁸ Les *Patel* constituent une *caste de commerçants et d'entrepreneurs au Gujarat*.

favorisant l'extension des paiements numériques via des applications mobiles et des cartes à puce. Cependant, cette transition n'a pas encore été adoptée à grande échelle. Depuis 2016, les paiements en espèces, qui constituaient la norme dans la clinique, ont été remplacés par des virements bancaires directs, ce qui laisse désormais une trace du montant réellement versé aux mères porteuses.

Les mères porteuses ne peuvent ni contester ni négocier ; elles sont supposées accepter en silence la somme qui leur est remise au titre de la rémunération, et certaines reçoivent également des « bonus », une pratique courante en Inde. Le montant contractuel était de 2,5 lakhs avant 2012, puis il est passé à 3,5 lakhs en 2013. Une somme de 25 000 roupies était versée à la mère porteuse à l'issue du quatrième mois de grossesse, puis 25 000 roupies supplémentaires à l'issue du sixième mois. Ces versements devaient être déduits du paiement final, mais il arrivait que les parents d'intention ne procèdent pas à cette déduction. Certains parents d'intention versaient en outre un bonus supplémentaire à la fin de la gestation pour autrui, après la remise de l'enfant. Par exemple, Kaavya (MP 12) a reçu un supplément d'un lakh de roupies. En cas de fausse couche, la compensation était très faible, même lorsqu'elle survenait tardivement dans la grossesse : par exemple, Ujwala (MP 9) n'a reçu que 35 000 roupies pour une fausse couche au cinquième mois.

9. Aspects médicaux

Dans une grossesse naturelle, le corps de la femme se prépare entièrement au processus de conception et à l'accouchement. La muqueuse utérine s'épaissit afin de permettre l'implantation de l'embryon. L'implantation est le processus par lequel l'embryon en développement s'attache à la paroi utérine épaissie. En conséquence, le corps produit les hormones nécessaires pour préparer l'utérus à la conception, maintenir la grossesse et permettre à l'embryon de croître et de se développer jusqu'à l'accouchement. En revanche, une grossesse de gestation pour autrui n'est pas une conception naturelle et ces hormones doivent être introduites artificiellement dans le corps de la mère porteuse par le biais de médicaments. Afin de maintenir la grossesse, les mères porteuses reçoivent des injections hormonales tout au long de la grossesse. Les hormones — œstrogènes, progestérone et Lupron — utilisées pour créer et maintenir cette grossesse artificielle ont de nombreux effets secondaires et parfois des conséquences graves à long terme sur la santé. Ces informations ne sont pas communiquées aux mères porteuses en amont.

Certaines mères porteuses avaient des enfants allaités à domicile. Le premier médicament administré à ces femmes visait à tarir leur lait maternel (MP 2). Ce médicament comporte également de nombreux effets secondaires, qui ne sont pas expliqués aux mères porteuses.

Les termes « surmédicalisation » et « douloureux » sont ceux qui revenaient le plus fréquemment dans les récits de presque toutes les mères porteuses pour décrire l'ensemble de leur grossesse de gestation pour autrui, et plus particulièrement la phase du transfert embryonnaire. La surmédicalisation renvoyait à des échographies toutes les deux semaines, à l'administration quotidienne d'au moins 12 à 20 médicaments, aux injections hormonales, aux césariennes, ainsi qu'à l'ensemble des procédures médicales ou situations d'urgence spécifiques rencontrées au cours de la gestation pour autrui.

Gracy (MP 2) a décrit le processus de gestation pour autrui en ces termes : « dès que j'ai mis le pied à l'hôpital pour la gestation pour autrui, la longue succession de médicaments et d'injections

a commencé ». Les mères porteuses ne sont informées ni de la nature des médicaments qui leur sont administrés, ni autorisées à poser des questions à ce sujet. Elle a décrit les injections hormonales comme étant « douloureuses, insupportables ». Les mères porteuses portant des jumeaux recevaient des injections quotidiennes, tandis que celles portant un seul enfant les recevaient un jour sur deux.

Renuka (MP 45) a subi une hémorragie après l'accouchement et son utérus a dû être retiré ; elle a ainsi témoigné de la douleur qu'elle a endurée. « Les injections de Gestone étaient très douloureuses », a indiqué Sarala (MP 3), raison pour laquelle elle n'a pris aucune injection durant sa grossesse. Infirmière de profession, elle les a convaincus qu'elle s'administrerait elle-même les injections, mais elle les jetait en réalité. De nombreuses mères porteuses ont décrit de manière explicite les injections administrées après le transfert embryonnaire et plus tard au cours de la grossesse comme extrêmement douloureuses, affirmant souffrir encore aujourd'hui de douleurs aux endroits où elles ont reçu ces injections (MP 4, 5, 8, 9, 14, 17, 22, 24, 26, 29, 32, 38, 43). D'autres ont évoqué plus généralement les douleurs liées aux interventions médicales subies (MP 6, 10, 11, 12, 17, 22, 36). Certaines ont indiqué ne pas avoir renouvelé l'expérience de la gestation pour autrui en raison des douleurs endurées (MP 36). Une mère porteuse a évoqué les douleurs ressenties pendant et après un don d'ovocytes (MP 15). Quelques-unes seulement ont déclaré que « cela n'avait pas d'importance » et que, pour l'argent, il fallait supporter une certaine douleur (MP 11). Certaines ont décrit les douleurs post-césarienne comme insupportables et ont indiqué continuer à souffrir plusieurs années après l'intervention (MP 14, 21, 26, 29, 31, 44). Pour certaines mères porteuses, la situation économique actuelle est si catastrophique que les souffrances médicales leur paraissent secondaires (MP 8, 14, 23, 30, 31, 43). Le col de l'utérus de Madeeha a été suturé (cerclage cervical) tout au long de sa grossesse en raison de saignements, ce qui lui a causé des douleurs sévères (MP 39).

Certains cas spécifiques méritent une attention particulière, notamment la fausse couche survenue lors de la deuxième gestation pour autrui d'Ujwala et l'ablation de l'utérus de Renuka. Ujwala a accepté une seconde gestation pour autrui parce que la rémunération perçue lors de la première (5 500 €) était insuffisante pour acheter une maison. Elle est tombée enceinte à la quatrième tentative de FIV, portant deux fœtus féminins et un fœtus masculin. Le Dr Nisha a décidé de procéder à l'avortement sélectif du second fœtus féminin. L'avortement sélectif fondé sur le sexe est illégal en Inde en vertu de la loi PCPNDT de 1994⁹. Nargisa (MP 14) a déclaré avoir été profondément bouleversée par la réalisation de cette procédure. À la suite de l'intervention, Ujwala a développé une infection utérine et a commencé à saigner abondamment. Elle a été placée en soins intensifs, sa tension artérielle ne cessant d'augmenter tandis que le rythme cardiaque des fœtus diminuait. Au cinquième mois de grossesse, les bébés ont été extraits par césarienne, et les deux survivants sont décédés dix jours après leur naissance. Cette expérience l'a profondément marquée et a constitué un épisode proche de la mort. Renuka (MP 45) a quant à elle développé une hémorragie après l'accouchement, nécessitant l'ablation de son utérus. Plus encore que les douleurs ressenties pendant la grossesse, c'est cette situation de mise en danger vitale qu'elle a évoquée dans son témoignage.

⁹ *Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques Act (1994)*, loi adoptée afin d'interdire le recours aux techniques de diagnostic prénatal visant à déterminer le sexe du fœtus et à prévenir le fœticide féminin.

10. Relations avec les enfants (de la mère porteuse)

Toutes les mères porteuses, à l'exception d'une seule (MP 36), ont déclaré avoir ressenti un attachement envers les bébés, un attachement comparable à celui qu'elles éprouvent pour leurs propres enfants. Presque toutes, à l'exception d'une (MP 36), ont indiqué que le lien affectif noué avec l'enfant issu de la gestation pour autrui était similaire à celui qu'elles ressentent pour leur propre enfant. Sarita (MP 36) s'est sentie extrêmement marginalisée par les parents d'intention ; néanmoins, même elle a affirmé qu'elle souhaiterait rester en contact avec l'enfant né de la gestation pour autrui (annexe 2, tableau 13). Presque toutes les mères porteuses, à l'exception d'une seule (MP 2), ont déclaré qu'elles pensent aux enfants issus de la gestation pour autrui et souhaiteraient maintenir un lien avec eux. MP 2, Gracy, ne souhaite ni penser ni parler de l'enfant, car son fils a été profondément affecté psychologiquement par la gestation pour autrui. Il pense qu'elle a « donné » ses enfants parce qu'elle n'était pas en mesure de s'en occuper.

Elles ont toutes estimé qu'un système devrait être mis en place afin de permettre aux enfants, s'ils le souhaitent, de retrouver leur mère porteuse. La clinique joue un rôle de « gardien » en restreignant les contacts et la circulation d'informations entre les parents d'intention et les mères porteuses. Saadia m'a communiqué l'adresse électronique de ses parents d'intention en me demandant de ne pas en informer le Dr Nisha et de les contacter directement ; elle a expliqué que, si le Dr Nisha l'apprenait, elle réprimandait sévèrement les mères porteuses qui entraient en contact avec les parents d'intention.

Celles qui n'ont pas pu voir l'enfant ou les enfants continuent de s'interroger : « À quoi ressemblent les bébés ? À quel point ont-ils grandi ? » Parul (MP 7) a vécu une expérience particulièrement douloureuse. Elle n'a pas supporté la séparation. À un moment donné, elle a eu le sentiment qu'elle ne voulait plus de l'argent et que c'était uniquement l'enfant qu'elle désirait. Elle pense qu'elle aurait pu demander la garde de l'un des enfants avant de signer le contrat. Certaines mères porteuses n'ont jamais été autorisées à voir le visage des bébés ; d'autres ont pu les voir, mais ont été tenues à distance (sans être autorisées à s'en approcher, à les toucher ou à les prendre dans leurs bras). Madhuri (MP 1) a déclaré : « Ils n'ont permis aucune forme de lien après la naissance. » Leur rôle se limitait à fournir du lait maternel à l'aide de tire-laits. Certaines mères porteuses ont pris soin des bébés en tant que nourrices et ont développé un attachement très fort à leur égard. Toutes ces mères porteuses éprouvent aujourd'hui les souffrances liées à la séparation. L'impact de cette séparation sur les enfants est examiné plus en détail à la section 13.2.

11. Relation avec les parents d'intention

La clinique n'autorise pas les parents d'intention à entrer directement en contact avec les mères porteuses. C'est l'une des raisons pour lesquelles celles-ci sont maintenues dans des logements de mères porteuses. La clinique interdit également toute transaction financière directe entre les deux parties. Même après la gestation pour autrui, si le Dr Nisha apprend que les parents d'intention ont versé de l'argent directement à une mère porteuse, elle la convoque à la clinique et la réprimande sévèrement. Cette situation est particulièrement déstabilisante pour les mères porteuses car, à l'exception de quelques rares cas où la rémunération a été jugée satisfaisante, la

majorité d'entre elles estiment que le montant perçu était très faible au regard des charges physiques et émotionnelles endurées.

Par ailleurs, toutes les mères porteuses se sont déclarées insatisfaites du comportement des parents d'intention, les décrivant comme dépourvus de compassion, égoïstes et anxieux. La manière abrupte dont ils repartent avec les enfants, après avoir utilisé les mères porteuses pour la grossesse et l'allaitement, les a profondément blessées. Hautains, cruels, inhumains, distants, secrets, calculateurs, ingrats et peu communicatifs sont quelques-uns des termes employés par les mères porteuses pour qualifier les parents d'intention. Seules quelques-unes ont exprimé des propos plus nuancés ou positifs à leur égard.

S'agissant de la rémunération, Yasifa (MP 29) déclare : « Nous avons sacrifié notre vie pour cela ; si nous ne recevons même pas une rémunération décente en retour, à quoi bon le faire »? Les inégalités extrêmes entre les parents d'intention et les mères porteuses nourrissent chez ces dernières l'attente que le couple les aide au-delà de ce qui est strictement prévu par le contrat. Les mères porteuses estiment qu'un soutien durable de la part des parents d'intention serait nécessaire pour les aider à sortir de la pauvreté, à construire un logement et à assurer une certaine stabilité dans leur vie. Elles considèrent souvent les parents d'intention comme des membres de leur famille élargie. Le contrat de gestation pour autrui est donc loin d'être une relation simple ; il est traversé par de multiples complexités relationnelles et humaines, que les parents d'intention ignorent, consciemment ou non. La clinique est consciente de ces attentes, mais choisit de les ignorer.

Plusieurs mères porteuses ont décrit les parents d'intention en ces termes : « *une fois leur objectif atteint, ils n'ont plus rien à voir avec nous* » (MP 4, 5, 7, 8, 12).

Presque toutes les mères porteuses ont estimé que les parents d'intention portent également une responsabilité dans leur souffrance. « *Nous nous sommes fait ouvrir le ventre uniquement pour leurs enfants ; pour nos propres enfants, nous avons accouché normalement. Ils ont loué notre utérus, nous ont utilisées comme un simple matériau, payé un peu d'argent et sont partis, comme si nous ne comptions plus pour eux. Il n'y a aucune humanité en eux. S'ils avaient encore un peu d'humanité, ne pourraient-ils pas au moins penser à nous et nous appeler une fois par an ?* », a déclaré Megha (MP 44).

Certaines mères porteuses ont également soulevé des questions particulièrement graves. Manjula (MP 23), par exemple, a rencontré de sérieuses complications lors d'une grossesse ultérieure après sa gestation pour autrui ; son cas est détaillé à la section 12. La question qui demeure est la suivante : si une mère porteuse subit de graves complications obstétricales après une gestation pour autrui, les parents d'intention n'ont-ils pas une responsabilité morale de s'en informer et de lui apporter une aide, si cela est possible ? Lorsque certaines de ces mères porteuses continuent de vivre dans une pauvreté extrême, ne serait-il pas plus humain que les enfants nés de la gestation pour autrui et les parents d'intention soient, au minimum, conscients de cette situation et apportent leur soutien lorsque cela est possible ?

12. Relations avec la clinique

Toutes les mères porteuses, à l'exception de quelques-unes, ont décrit la clinique et le Dr Nisha comme opportunistes, exploitantes et dominatrices. Une agente de gestation pour autrui m'a indiqué que les mères porteuses la traitaient comme une divinité et se jetaient à ses pieds

lorsqu'elle entrait dans la pièce. Elle exerçait un contrôle sur les mères porteuses par une aura écrasante, tant par son style vestimentaire que par sa manière de s'exprimer.

Plusieurs pratiques inhumaines sont mises en œuvre par les cliniques. Aucune loi n'interdit explicitement que des femmes soient retenues pendant leur grossesse, et le Dr Nisha exploite cette situation à son avantage. Aucune des mères porteuses n'était heureuse de devoir laisser ses enfants et sa famille pour vivre dans le logement des mères porteuses. Elles le faisaient uniquement parce que la clinique avait imposé cette règle obligatoire, avec l'appui des parents d'intention.

“Une fois le contrat signé, nous n'avons plus le droit de parler. Quelles que soient les règles de l'hôpital, nous devons les suivre. Nous ne pouvons pas parler à Madame (le Dr Nisha) de quelque sujet que ce soit”. Dans les termes de Kaavya (MP 12)

Le Dr Nisha a instillé chez les mères porteuses une véritable psychose, en leur faisant croire que, si elles ne respectaient pas les règles de la clinique, elles feraient une fausse couche. En conséquence, la plupart des mères porteuses ont suivi ces règles de manière très stricte. Celles qui ont exprimé la moindre opposition ont été davantage harcelées ou se sont vu interdire tout retour à leur domicile, quelles que soient les circonstances. Sangeeta, décédée alors qu'elle était mère porteuse, a été tenue pour responsable de sa propre mort au motif qu'elle n'aurait pas respecté les règles de la clinique.

La majorité des mères porteuses ne comprenaient pas réellement ce que recouvrait la notion de soutien ou de suivi psychologique. Celles qui en comprenaient le sens ont indiqué n'avoir bénéficié d'aucune forme de soutien de ce type, alors même que, selon elles, toutes les mères porteuses devraient avoir accès à un accompagnement psychologique.

La plupart des mères porteuses ont également dénoncé le fait que la clinique captait l'essentiel des profits et ne leur versait qu'une rémunération dérisoire. Une partie de l'argent liquide et des cadeaux envoyés par les parents d'intention aux mères porteuses dans le logement dédié était détournée par la responsable du foyer. Une partie des fonds destinés à l'achat de provisions, de fruits secs et de fruits pour les mères porteuses était également détournée par cette même responsable. Leur colère s'est encore accrue après la construction par la clinique d'un immense complexe hospitalier « tout compris », intégrant un logement pour mères porteuses, une unité néonatale, des chambres pour les parents d'intention et une zone commerciale. Les inégalités sont devenues encore plus flagrantes depuis l'édification de ce complexe (photo 2).

De nombreuses mères porteuses ont déclaré avoir été traitées de manière inhumaine. Après l'accouchement (presque toujours par césarienne, à l'exception de deux cas), elles étaient maintenues à l'hôpital pendant deux jours, puis transférées à l'hôpital pour enfants afin de fournir du lait aux nouveau-nés à l'aide de tire-laits. Dans cet hôpital, les mères porteuses étaient installées au troisième étage, tandis que les bébés étaient placés dans une unité de soins spéciaux au premier étage. Les mères porteuses étaient strictement interdites d'entrer dans la pièce où les bébés se trouvaient dans des incubateurs. Elles pouvaient seulement se tenir à l'extérieur et les voir à travers une vitre. Dès le troisième jour suivant l'intervention, elles devaient descendre les escaliers, tirer leur lait, puis remettre les biberons aux nourrices ou aux infirmières chargées de nourrir les bébés. Elles n'étaient pas autorisées à toucher ni à porter les enfants. Seuls certains parents d'intention acceptaient qu'elles puissent les prendre dans leurs bras. Elles se sentaient non seulement aliénées et humiliées, mais la douleur liée au fait de monter et descendre les escaliers et de tirer leur lait immédiatement après l'opération était particulièrement intense. Elles

devaient continuer ainsi pendant une période allant de huit jours à un mois, selon les souhaits des parents d'intention.

Elles bénéficient de lits et de chambres de bonne qualité jusqu'à l'accouchement, mais la qualité des services se dégrade drastiquement après la naissance. Elles ont ainsi le sentiment d'être utilisées pour la naissance de l'enfant, puis abandonnées. Les mères porteuses qui rencontrent des problèmes de santé après l'accouchement ne sont pas prises en charge facilement par la clinique, sauf si la situation devient extrêmement grave. Certaines mères porteuses retournent à la clinique pour leurs propres grossesses ultérieures et se voient alors imposer des factures très élevées, ce qui les contraint à se tourner vers les hôpitaux publics. Une fois la gestation pour autrui terminée, la clinique n'entretient plus aucun lien avec les mères porteuses. Celles-ci ont indiqué qu'il leur était presque impossible de rencontrer « Madame » (Dr Nisha).

Manjula (MP 23) est tombée enceinte après sa gestation pour autrui et a sollicité le Dr Nisha pour son suivi prénatal, mais elle n'a pas pu assumer les frais très élevés demandés et s'est tournée vers un hôpital public. Lors de la naissance d'un garçon, elle a souffert d'une fistule obstétricale sévère. Elle a de nouveau sollicité l'aide du Dr Nisha et n'a alors été prise en charge qu'à un tarif réduit. Manjula a fondu en larmes en évoquant cette expérience.

La « sororité » évoquée par certains travaux de recherche n'est pas observable dans la relation entre les mères porteuses et les parents d'intention (Pande, 2011). Elle prend fin dès que l'enfant est remis et que la mère porteuse est rémunérée pour la grossesse, l'allaitement et, parfois, les services de garde. En revanche, lorsqu'une mère porteuse traverse une crise sanitaire grave, comme ce fut le cas de Manjula, ni la clinique, ni les parents d'intention, ni même les autres mères porteuses avec lesquelles elle avait tissé des liens présentés comme une forme de sororité ne se sont préoccupés de sa situation.

La belle-sœur de Yasifa (MP 29) a également tenté une gestation pour autrui et a fait une fausse couche. Quinze jours après son retour à domicile, elle a commencé à saigner abondamment et s'est rendue à la clinique, où toute prise en charge lui a été refusée. Ce n'est que lorsque son état de santé s'est gravement détérioré qu'elle a finalement été admise pour traitement. Yasifa a dû demander à l'une des infirmières d'intervenir auprès du Dr Nisha afin qu'elle accepte de la soigner. L'infirmière a dû la convaincre qu'en l'absence de prise en charge, la mère porteuse risquait de mourir ; ce n'est qu'alors que son cas a été accepté.

Une mère porteuse, Sangeeta, décédée au cours d'une gestation pour autrui en 2012, n'a fait l'objet d'aucune couverture médiatique. De même, le décès d'une autre femme survenu lors d'un don d'ovocytes n'a jamais été rapporté par les médias. Toutes deux étaient associées à cette clinique très réputée d'Anand.

De nombreuses mères porteuses ont indiqué que le Dr Nisha avait promis de leur verser une pension, promesse qui n'a jamais été tenue. Certaines m'ont demandé d'intervenir auprès de la clinique pour porter cette revendication.

Chaque année, la clinique distribuait un cartable et quelques livres scolaires aux enfants des mères porteuses. Cette année, cette distribution a été interrompue, la clinique invoquant l'imminence de l'entrée en vigueur de la loi interdisant la gestation pour autrui : puisque l'activité allait bientôt cesser, les mères porteuses ne recevraient plus ces aides.

Enfin, la clinique contacte de manière frénétique l'ensemble des agentes de gestation pour autrui et des mères porteuses afin de les inciter à s'inscrire une dernière fois pour une gestation pour

autrui, présentée comme leur « ultime chance » avant l'application de la loi interdisant la gestation pour autrui commerciale. Une fois la loi adoptée par le Rajya Sabha, la gestation pour autrui commerciale ne sera plus possible.

13. Impact psychologique (émotionnel)

La tristesse a été évoquée par presque toutes les mères porteuses, à l'exception de quelques-unes. Parmi les principaux impacts émotionnels qu'elles ont subis figurent : l'attachement aux enfants nés de la gestation pour autrui et la dépression liée à la séparation ou au fait de n'avoir jamais vu leur visage ; la détresse provoquée par l'éloignement de leur famille et la vie imposée dans le logement des mères porteuses ; ainsi que le rejet et l'attitude d'aliénation adoptée par les parents d'intention. Certains des problèmes rencontrés avec les parents d'intention et la question de l'attachement aux enfants issus de la gestation pour autrui ont déjà été examinés aux sections 6 et 7.

13.1. Impact du départ du domicile familial

Toutes les mères porteuses ont exprimé une profonde souffrance à l'idée de quitter leur famille et leurs enfants pour vivre dans un logement de mères porteuses, pourtant situé non loin de leur domicile familial. Gomati (MP 17) a décrit des symptômes correspondant clairement à des signes de dépression, sans pour autant bénéficier d'un quelconque soutien ou accompagnement psychologique. Les enfants sont laissés au domicile, pris en charge par le père, les beaux-parents ou d'autres membres de la famille.

Kamala (MP 22), alors mère célibataire, avait confié ses enfants à son frère et à l'épouse de celui-ci. Les enfants y ont subi des mauvais traitements et éprouvent encore aujourd'hui de la colère envers Kamala pour les y avoir laissés. Shruti (MP 16) a retiré ses enfants de l'école pendant un an afin qu'ils puissent vivre avec elle dans le logement des mères porteuses. Son mari était alcoolique et elle ne pouvait pas les laisser seuls à la maison avec lui. Le mari de Mercy (MP 8) a commencé à boire et est devenu alcoolique ; sa fille a fugué avec un garçon. Mercy se sent coupable de ne pas avoir pu s'occuper de sa famille, alors que son activité l'obligeait à rester hors du domicile pendant des mois. Le mari de Nitya (MP 4) est tombé amoureux d'une autre femme pendant qu'elle vivait dans le logement des mères porteuses. De même, le mari de Banu (MP 5) a commencé à avoir des relations extraconjugales depuis qu'elle avait quitté la maison pour sa première gestation pour autrui.

Le logement des mères porteuses dans le nouveau bâtiment est situé en sous-sol, et les mères porteuses ayant eu recours à la gestation pour autrui après 2014 ont exprimé une grande détresse liée au fait de vivre dans ce sous-sol. Auparavant, elles disposaient d'un minimum d'air libre, d'un balcon ou de fenêtres permettant l'entrée d'air frais ; la nouvelle clinique leur apparaît désormais comme une véritable cage, dans laquelle elles se sentent très mal à l'aise et profondément angoissées. Autrefois, elles pouvaient sortir du bâtiment de temps à autre ; aujourd'hui, elles se sentent totalement enfermées.

13.2. Impact de l'attachement à l'enfant / aux enfants

Aucune des mères porteuses n'a pu maintenir de contact avec les enfants, à l'exception d'une seule (annexe 2, tableau 28). Elles vivent toutes avec la douleur de la séparation, sauf une mère porteuse qui a déclaré être parvenue à se détacher de ce lien émotionnel. Toutefois, presque toutes ont indiqué qu'elles souhaiteraient, d'une manière ou d'une autre, avoir des nouvelles du bien-être des bébés après les avoir confiés aux parents d'intention. Certaines mères porteuses ont affirmé qu'il s'agissait du droit de l'enfant de connaître sa mère de naissance. D'autres se sont interrogées sur l'absence de leur nom sur l'acte de naissance de l'enfant. Certaines m'ont demandé si je pouvais faire quelque chose pour changer cette situation.

La seule fois où Nitya (MP 4) a été autorisée à voir les enfants et à les prendre dans ses bras, ce fut lors d'un tournage vidéo pour les médias, qui n'a duré qu'une dizaine de minutes. Elle conserve précieusement le journal dans lequel cette séquence a été publiée, car c'est la seule occasion où elle a tenu les bébés dans ses bras et la seule preuve matérielle qu'elle possède de sa gestation pour autrui et de l'existence des enfants.

Le sentiment d'impuissance lié à l'absence totale de droits sur les enfants a été exprimé par toutes les mères porteuses. Les expressions qui revenaient le plus souvent étaient : « que pouvons-nous faire ? », « quels droits avons-nous ? », « à quoi bon s'attacher ? », « à quoi ressemblent-ils maintenant ? », « que font-ils aujourd'hui ? ».

Lorsque j'ai interrogé Sneha au sujet des enfants, elle a fondu en larmes de manière incontrôlable, au point que j'ai dû interrompre l'entretien et lui laisser le temps de se reprendre (photo 3).

Parul (MP 7) a été sollicitée pour s'occuper d'un des jumeaux, un garçon, lorsqu'il est tombé malade après la naissance. Elle a accepté et s'est occupée de lui pendant trois mois. Durant cette période, Parul s'est profondément attachée à l'enfant et a ressenti un sentiment de perte et d'aliénation extrême lorsque les parents d'intention sont partis sans maintenir aucun contact. Lors de sa seconde gestation pour autrui, ils ne lui ont même pas montré le visage du bébé — une fille — précisément parce qu'elle s'était attachée au garçon lors de la première gestation. Toute personne ne respectant pas les règles était sanctionnée d'une manière ou d'une autre. Des caméras ont été autorisées dans la salle d'opération et l'intégralité de son second accouchement par gestation pour autrui a été filmée sans son consentement. Lorsqu'elle a supplié de voir l'enfant, celui-ci a été emmené brutalement. Face à sa détresse, le caméraman est brièvement revenu pour lui montrer le visage de la petite fille (photo 4).

Deepti (MP 10) s'est attachée à la petite fille née de la gestation pour autrui, car elle n'avait pas de fille. De la même manière, Mercy (MP 8) s'est attachée au garçon né de la gestation pour autrui, ayant perdu son propre fils peu après sa naissance quelques années auparavant. Elle s'était également attachée aux enfants dont elle s'occupait en tant que nourrice. Les parents d'intention sont partis sans maintenir aucun contact ultérieur (photo 5). Ainsi, ce ne sont pas seulement les mères porteuses, mais aussi les nourrices, qui ont été traitées de manière tout aussi distante et déshumanisée.

Ujwala, qui constituait le « meilleur scénario » dans mon étude précédente — la mère d'intention, Caroline, étant restée en contact avec elle — est évoquée dans mon ouvrage (Saravanan, 2018). Dix ans plus tard, Caroline n'a plus donné aucun signe de vie, et Ujwala exprimait un profond désir d'avoir des nouvelles et de pouvoir voir les enfants. Elle m'a demandé d'envoyer un courriel en son nom, ce que j'ai fait, mais l'adresse électronique n'était plus valide.

Presque tous les cas mentionnés dans ce rapport révèlent une même trame de tristesse, de manque, d'attachement émotionnel et de sentiment d'avoir été utilisées et trompées par les parents d'intention et par la clinique.

13.3. Impact de la stigmatisation sociale

Mercy (MP 8) a évoqué son voisinage : les gens tiennent des propos malveillants sur sa moralité parce qu'elle a eu recours à la gestation pour autrui. Cela s'explique par le fait qu'après sa gestation pour autrui, elle a continué à rester souvent hors de chez elle, en s'occupant des bébés des parents d'intention en tant que nourrice.

Gracy (MP 2) a elle-même le sentiment d'avoir « vendu » son enfant et « loué » son utérus, et éprouve une profonde culpabilité à ce sujet. Elle considère la gestation pour autrui comme un acte pécheur et malhonnête, et estime ne pas avoir pu utiliser utilement l'argent qu'elle a gagné. Tous ses voisins et proches lui répètent qu'elle a commis un péché en « vendant » ses bébés. De même, Mariam (MP 13) a été bouleversée parce que son mari a eu un accident le jour même où elle a appris le résultat du transfert embryonnaire. Elle pense donc qu'il s'agit d'un acte pécheur et que son mari a dû en payer le prix.

Kamini (MP 26) a déclaré, «Ce que j'ai fait était un péché. Pourquoi devrais-je entraîner une autre personne à commettre le même péché ? Cette autre femme souffrirait elle aussi comme moi.»

Les pasteurs des églises catholiques prononcent des sermons dissuadant les femmes de recourir à la gestation pour autrui, et une mère porteuse (MP 24) a exprimé sa tristesse lorsqu'elle les entend s'exprimer contre cette pratique.

13.4. Impact sur la vie des enfants des mères porteuses

Le jeune fils de Gracy avait deux ans et se souvient qu'elle a « donné » deux bébés. Il l'interroge : pourquoi, à qui a-t-elle donné les enfants et où sont-ils maintenant ? Lorsqu'elle n'a pas de réponse à ces questions et se met à pleurer, il tente de la réconforter en disant qu'il est peut-être préférable qu'elle ait donné les bébés, car elle a déjà du mal à s'occuper de lui et que prendre soin de deux autres enfants aurait été un fardeau trop lourd.

Les jeunes enfants de Shruti (MP 16) étaient présents lors de son accouchement. On leur a montré la petite fille à la naissance en leur disant : « regardez, voici votre petite sœur », avant de la leur retirer définitivement.

La fille aînée de Kamala (MP 22), âgée de 21 ans, a posé la question suivante : « ces bébés ne sont-ils pas aussi ceux de ma mère ? ». Elle remet en cause les intentions des parents d'intention qui choisissent d'utiliser le corps d'autres femmes pour avoir des enfants, simplement parce qu'ils estiment que leur patrimoine génétique est supérieur à celui des autres. Il est nécessaire de renforcer la recherche sur l'impact de la gestation pour autrui sur les enfants des mères porteuses.

14. Impact physique (santé)

Selon l'OMS, 99 % des décès maternels surviennent dans les pays en développement (OMS, 2018). En Inde, il est établi que la mortalité maternelle est la plus élevée parmi les populations pauvres et non lettrées (Khan et Pradhan, 2013). Un faible statut socio-économique, les mariages précoces, les maternités précoces et une santé adolescente dégradée sont autant de facteurs qui rendent les mères porteuses en Inde particulièrement vulnérables à la morbidité et à la mortalité maternelles, et qui affectent également leur capacité de négociation dans le processus de gestation pour autrui.

Une étude récente a montré que « les naissances issues d'une gestation pour autrui présentaient un taux significativement plus élevé de complications obstétricales, notamment le diabète gestationnel, l'hypertension, le recours à l'amniocentèse, le placenta prævia, la nécessité d'antibiotiques pendant le travail et la césarienne » (Woo et al., 2017 : 993). Confirmant ces constats, de nombreuses mères porteuses interrogées dans cette étude ont subi des morbidités maternelles graves au cours de leurs grossesses de gestation pour autrui, morbidités qu'elles n'avaient pas connues lors de leurs propres grossesses. Certaines femmes ont elles-mêmes vécu des situations proches de la mort ; d'autres ont connu des complications sérieuses ou ont développé des pathologies durant la grossesse ; certaines ont été témoins de situations de quasi-décès ou de décès concernant d'autres mères porteuses.

Dans cette étude, Raksha (MP 45) a vécu une situation proche de la mort : elle a fait une hémorragie après sa césarienne et son utérus a dû être retiré. Toutes les naissances se sont déroulées par césarienne, à l'exception d'une mère porteuse qui a accouché spontanément avant qu'une intervention chirurgicale puisse être réalisée.

Certaines mères porteuses ont vécu des situations particulièrement graves. Lorsque Gracy (MP 2) se trouvait dans le logement des mères porteuses, une mère porteuse est décédée. Gracy a également été témoin d'un épisode de quasi-décès concernant une autre mère porteuse alors qu'elle était dans ce logement, expérience qui l'a profondément terrifiée. Sarala (MP 3) a été témoin d'une situation proche de la mort lors de l'accouchement d'une mère porteuse, qui a également nécessité une hystérectomie. Gomati (MP 17) a elle aussi été témoin d'un quasi-décès alors qu'elle se trouvait à la clinique, ce qui a contribué à son état dépressif pendant son séjour.

Gracy (MP 2) a développé une pathologie thyroïdienne ; Banu (MP 5) a souffert d'hypertension artérielle ; Mercy (MP 8) a présenté une meralgie paresthésique après la césarienne (paresthésies et engourdissement de la partie supéro-latérale de la cuisse). Parmi les autres problèmes rencontrés par Gracy (MP 2) lors des interventions médicales, elle a indiqué que ses nerfs avaient été affectés de manière négative. Kamini (MP 26) a développé une hypertension et des troubles thyroïdiens ; Ujwala (MP 9), Nargisa (MP 14) et Yasifa (MP 29) ont également souffert d'hypertension pendant la grossesse. Sunita (MP 24) et Kamini (MP 26) ont développé un diabète. Sarala (MP 3) et Sunita (MP 24) évoquaient d'autres mères porteuses ayant développé un cancer ou contracté le VIH après une gestation pour autrui. Des éléments indiquent que le partage génétique mère-fœtus augmente la susceptibilité maternelle à certaines maladies, notamment des maladies auto-immunes et certains cancers (Boddy et al., 2015). Par ailleurs, le conflit de ressources mère-fœtus peut contribuer à l'apparition d'une hypertension, d'un diabète et de troubles thyroïdiens chez la mère.

De nombreuses mères porteuses estimaient que l'administration excessive d'hormones avait causé ces problèmes de santé. En écho aux résultats de Boddy et al. (2015), elles avaient

également le sentiment que certaines maladies développées pendant la grossesse auraient été « transférées » dans leur corps depuis les parents d'intention via l'enfant.

Beaucoup de mères porteuses ont révélé avoir souffert de douleurs extrêmes durant la grossesse de gestation pour autrui, bien plus que lors de leurs grossesses « ordinaires » (voir section 5).

De nombreuses mères porteuses ont déclaré souffrir de problèmes de santé persistants après la gestation pour autrui, réduisant leur capacité à accomplir même les tâches quotidiennes (MP 2, 8, 5 et d'autres) (voir études de cas). Mercy (MP 8) a exprimé le sentiment que son corps était « abîmé » après la gestation pour autrui.

Une mère porteuse (MP 28) pense qu'elle ne vivra pas longtemps en raison des deux gestations pour autrui auxquelles elle a participé et qu'elle ne sera pas là pour voir ses enfants grandir. Elle ajoute toutefois qu'elle a « fait son devoir » en gagnant de l'argent pour assurer leur avenir.

15. Impact financier

Dans les médias populaires, il est souvent avancé — et certaines cliniques de FIV ainsi que certains chercheurs le soulignent également — que la gestation pour autrui serait une situation « gagnant-gagnant » : elle permettrait de sortir des ménages pauvres de la pauvreté tout en offrant des enfants à des personnes infertiles. Or, cette conclusion n'est pas aussi simple que de « donner un peu d'argent à des personnes pauvres pour qu'elles deviennent riches du jour au lendemain ».

Cette étude montre que les femmes issues de ménages très pauvres ont dû, au minimum, recommencer la gestation pour autrui à deux reprises pour espérer sortir leur famille de la pauvreté — au prix d'une atteinte très lourde à leur bien-être physique et psychologique (voir sections 9 et 10). De nombreuses mères porteuses (17) demeurent très pauvres (38 %). Tous les ménages de mères porteuses qui restent pauvres n'ont eu recours à la gestation pour autrui qu'une seule fois et étaient déjà (très) pauvres avant d'y recourir. Les femmes issues de ménages très pauvres n'ont pas réussi à sortir de la pauvreté après une seule gestation pour autrui (Gracy, Sarala, Sriya, Yasifa, Saadia et Nargisa). Certaines d'entre elles ont même basculé dans une pauvreté extrême, pire qu'avant la gestation pour autrui (Yasifa, Saadia et Nargisa). Pour les ménages les plus démunis, l'argent de la gestation pour autrui représente une entrée soudaine de liquidités, que beaucoup ont dépensée pour des dépenses domestiques (télévision, réfrigérateur, scooter, moto) ou pour financer le mariage de leur fille ou des soins de santé. Cette arrivée soudaine d'argent a eu des effets plus négatifs que positifs pour nombre de ces femmes très pauvres, à moins qu'elles ne s'engagent ensuite dans une nouvelle gestation pour autrui afin de compenser ces pertes. Gracy travaille comme employée de maison et son mari vend des bracelets ; ils assurent ainsi les dépenses quotidiennes de leur foyer.

Les femmes issues de ménages très pauvres qui n'ont eu recours à la gestation pour autrui qu'une seule fois ont replongé dans une pauvreté extrême. Plusieurs ménages pauvres (12 sur 45, soit 27 %) sont retombés dans une situation de pauvreté extrême ou de simple subsistance après une seule gestation pour autrui.

Celles qui vivent dans une pauvreté extrême n'ont pu, après la première gestation pour autrui, que satisfaire quelques besoins essentiels ou rembourser des dettes (MP 20, 29, 30, 31, 45). Ces

femmes n'ont pas répété l'expérience en raison de ses effets néfastes sur leur santé physique et émotionnelle, ainsi que pour des raisons morales (voir sections 9 et 10). La majorité des mères porteuses ont déclaré que la rémunération perçue pour la gestation pour autrui était injuste (annexe 2, tableau 20).

Aucune des mères porteuses issues de ménages pauvres n'a pu acheter ou construire un logement après une première gestation pour autrui. Beaucoup s'y étaient engagées précisément dans cet objectif, sans y parvenir après une seule expérience, ce qui les a conduites à répéter le processus (MP 4, 5, 6, 7, 12, 13, 19, 22, 25, 28, 32, 42).

Les ménages propriétaires de terres ou de logements ont, quant à eux, pu acquérir des moyens de subsistance plus stables — tels qu'un autorickshaw, un tempo, une machine à coudre, une parcelle agricole supplémentaire ou du bétail (vaches, buffles) — grâce à l'argent de la gestation pour autrui (MP 15, 16, 17, 18, 33, 37, 38, 44).

Banu (MP 5) a eu recours à deux gestations pour autrui, mais son mari a pris l'habitude de dépenser l'argent qu'elle gagnait et a commencé à contracter régulièrement des emprunts. Les prêteurs venaient chez elle réclamer les sommes dues ; pour rembourser, elle s'est engagée à nouveau dans la gestation pour autrui, le don d'ovocytes et des essais cliniques. Elle a construit une maison, loué un local commercial et acheté un autorickshaw, et pourtant elle se trouve aujourd'hui dans une crise financière profonde.

Pour certaines femmes, la gestation pour autrui les a enfermées davantage encore dans un cercle vicieux de marchandisation de leur corps, au prix de leur vie, de leur santé et de leur bien-être psychologique (MP 1, 3, 4, 5, 9, 13, 14, 22, 32, 39, 40, 41, 42). Malgré des gestations répétées, Kinjal (MP 6) n'a pas réussi à réunir suffisamment d'argent pour acheter ou construire un logement ; elle a dépensé la rémunération de sa première gestation pour autrui dans l'achat d'équipements domestiques.

Une mère porteuse (MP 31) a connu un drame : son mari a eu un accident le jour même où le test de grossesse s'est révélé positif, et elle a dépensé l'intégralité de l'argent de la gestation pour autrui pour ses soins. Elle n'a pas renouvelé l'expérience, estimant que cet accident était la conséquence de son implication « pécheresse » dans la gestation pour autrui. Nargisa (MP 14) a participé huit fois à des gestations pour autrui et à des dons d'ovocytes — quatre avant et quatre après une gestation — ; elle a dû vendre la maison qu'elle avait achetée et se trouve aujourd'hui dans une pauvreté extrême et un endettement profond. Après avoir vu affluer des sommes importantes liées à la gestation pour autrui et au don d'ovocytes, son mari est devenu cupide et a pris l'habitude d'emprunter de l'argent à tout venant.

Une autre mère porteuse a développé un grave problème de santé — une fistule obstétricale — lors d'une grossesse ultérieure à la gestation pour autrui, et a dépensé toutes ses économies pour son traitement. Mercy (MP 8) était une agente de gestation pour autrui reconnue en 2009, mais elle a aujourd'hui perdu cette source de revenus et est retombée dans une pauvreté extrême, faute de moyens de subsistance durables. Madhuri (MP 1) et Sarala (MP 3) risquent de suivre le même parcours, leur revenu dépendant exclusivement des commissions issues de la gestation pour autrui, du don d'ovocytes et des essais cliniques — une source de revenus non durable. Kalpika (MP 32) est également agente, mais travaille désormais comme agente d'entretien dans un hôpital, ce qui lui permet de stabiliser le revenu de son foyer. Saadia (MP 30) est retombée dans la pauvreté après avoir acheté une maison grâce à sa première gestation pour autrui ; la maladie de sa belle-mère a entraîné un endettement, puis la vente de la maison. La famille vit désormais dans une baraque près de la voie ferrée (photo 24).

Madhuri (MP 1), agente expérimentée, est relativement stabilisée après trois gestations pour autrui, plusieurs dons d'ovocytes et les commissions perçues sur le biomarché. Mercy (MP 8) avait un profil similaire plus jeune, mais a replongé dans la pauvreté extrême, cette activité ne constituant pas une source de revenus pérenne. Gracy (MP 2) a dépensé l'intégralité de l'argent de sa première gestation pour autrui pour tenter d'émigrer en Israël et n'a pas recommencé, estimant que la gestation pour autrui était à la fois douloureuse et moralement répréhensible. Sarala (MP 3) s'est enfoncée dans un cercle vicieux de marchandisation de son corps.

Seuls les ménages vivants déjà au-dessus du seuil de subsistance ont pu mettre en place, dès la première gestation pour autrui, une forme de revenu plus durable — à condition d'avoir utilisé l'argent de manière efficace et de n'avoir pas été confrontés à des problèmes de santé ou à des événements familiaux graves par la suite.

Les propriétaires fonciers et les ménages disposant déjà d'une source de revenus ont été ceux qui ont le mieux valorisé l'argent de la gestation pour autrui (MP 7, 11, 15, 16, 17, 18, 23, 33, 43, 44, 45). Dimpy (MP 15) possédait déjà des terres agricoles et a acheté une parcelle supplémentaire grâce à la première gestation pour autrui ; la seconde lui a permis d'acquérir des buffles.

Pour la majorité des ménages vivant au niveau de subsistance, une seule gestation pour autrui ne permet de couvrir que les besoins essentiels. Une deuxième gestation est nécessaire pour que l'argent ait un impact financier réel. Pour les plus pauvres, la première gestation entraîne un afflux soudain d'une somme importante dans le foyer ; la deuxième permet de stabiliser les revenus, et c'est la troisième qui apporte, le cas échéant, une forme de durabilité économique.

Conclusion

Ce rapport met en évidence un certain nombre de résultats qui confirment nombre de mes travaux de recherche antérieurs, comblent certaines lacunes et font apparaître de nouveaux éléments concernant : des violations graves de l'éthique médicale, des avantages financiers obtenus au prix d'atteintes sévères au bien-être physique et émotionnel des mères porteuses, ainsi qu'à la vie de leurs familles. Leur relation avec la clinique, les parents d'intention et les enfants nés de la gestation pour autrui est entièrement contrôlée par la clinique et gérée selon les volontés et les désirs des parents d'intention. Quelques femmes musulmanes incluses dans cette étude ont été victimes de traite à des fins de gestation pour autrui, d'Ahmedabad vers le Kerala : leurs corps ont été mis en gage dans des conditions qui ne leur avaient pas été expliquées avant la signature du contrat ; leurs droits humains fondamentaux ont été violés ; elles ont été maltraitées, humiliées et, au final, rémunérées bien en deçà de leurs attentes.

Les lois visant à interdire la gestation pour autrui commerciale en Inde commencent à produire des effets. Des cliniques autour d'Anand et d'Ahmedabad contactent les mères porteuses figurant dans leurs bases de données pour leur demander de s'inscrire une dernière fois à une gestation pour autrui, présentée comme une « ultime opportunité » avant l'interdiction imminente de la pratique. Le Bharatiya Janata Party, ayant remporté les élections de 2019, devrait poursuivre le processus d'interdiction de la gestation pour autrui commerciale au Rajya Sabha.

Cette étude montre que les femmes interrogées se sentent abusées, maltraitées, manipulées et exploitées. Elles ont le sentiment que leur utérus a été « loué ». Le motif altruiste est rarement évoqué par elles, avec le recul des années de pratique. Elles expriment un profond sentiment de blessure et de trahison à l'égard des parents d'intention et de la clinique. Elles éprouvent un besoin intense de voir les enfants et de savoir ce qu'ils sont devenus. Beaucoup de femmes n'ont pas pu construire la maison pour laquelle elles avaient accepté la gestation pour autrui. Certaines maisons ont certes été construites grâce à l'argent de la gestation pour autrui, mais au prix d'une atteinte majeure à la santé physique et psychologique des femmes. La plupart des mères porteuses souffrent de problèmes de santé persistants depuis plus de cinq ans. Elles n'ont plus la capacité de travailler autant qu'avant, en raison des traitements médicaux liés à la gestation pour autrui, des multiples tentatives de transfert embryonnaire, des fausses couches et de morbidités graves survenues pendant la grossesse.

Une clinique très connue d'Anand continue de transférer cinq embryons dans l'utérus des mères porteuses et de pratiquer des avortements sélectifs in utero lorsque plus de deux fœtus survivent. Cette pratique est totalement illégale en Inde. Cette clinique continue également d'imposer l'hébergement obligatoire des mères porteuses dans des foyers spécialisés contre leur volonté, une pratique qui n'est ni explicitement légale ni explicitement illégale, mais qui constitue une violation des droits humains par la privation de liberté. Plus récemment, les mères porteuses sont retenues dans le sous-sol d'un vaste complexe clinique, sans fenêtres. Dans l'ensemble, ces pratiques ont provoqué de graves troubles psychologiques ainsi que d'importantes difficultés familiales chez les mères porteuses. Aucune d'entre elles n'a jamais reçu une copie de son contrat de gestation pour autrui. Les enfants ont été marchandisés, avec des « prix » attribués par enfant en fonction du poids de naissance, du sexe et de l'apparence, et les fœtus sont avortés de manière sélective selon les souhaits des parents d'intention. La gestation pour autrui porte atteinte aux droits des enfants à connaître leurs parents et à être pris en charge par eux.

Une mère porteuse est décédée à la clinique Asha d'Anand : Sangeeta est morte en 2012 au cours d'une gestation pour autrui, sans que cela ne soit jamais relayé par les médias ; l'affaire a été

étouffée. De nombreuses femmes ont vécu des situations proches de la mort ou ont dû subir une ablation de l'utérus à la suite d'hémorragies, sans que cela ne soit jamais rendu public. D'autres cliniques du Gujarat se livrent également à des pratiques contraires à l'éthique : une petite clinique d'Anand utilisait l'ovocyte de la mère porteuse pour la gestation pour autrui ; des femmes musulmanes pauvres d'Ahmedabad étaient transportées vers une clinique (Gift Clinic, Athani, Ernakulam) au Kerala pour répondre à la demande de couples venant de Dubaï. Elles étaient maintenues cachées à Aluva, contraintes à des avortements sélectifs in utero, payées moins que promis et privées d'une copie de leur contrat.

Il est important de souligner que la gestation pour autrui est souvent perçue comme une grossesse « naturelle » ordinaire, alors qu'il n'y a rien de naturel dans la maternité de substitution. Lorsqu'une femme tombe enceinte naturellement, l'ensemble de son corps et de son cerveau se prépare à la grossesse. Dans la gestation pour autrui, le corps doit être préparé artificiellement, par l'administration massive d'hormones : épaississement de la muqueuse utérine, maintien de la grossesse jusqu'à l'accouchement, alors même qu'il s'agit d'un corps étranger. Pour maintenir ces embryons créés artificiellement, des injections hormonales extrêmement douloureuses, aux effets secondaires parfois graves, sont administrées tout au long de la grossesse. En moyenne, chaque grossesse aboutie nécessite trois tentatives de transfert embryonnaire. De nombreuses mères porteuses que j'ai revues cinq à dix ans plus tard souffrent aujourd'hui de problèmes de santé sérieux consécutifs à la gestation pour autrui.

Les corps des femmes sont utilisés comme des instruments de profit par les cliniques, les familles, et parfois par les femmes elles-mêmes, qui se sacrifient pour le bien-être de leurs enfants et de leur famille. Les mères porteuses elles-mêmes considèrent la gestation pour autrui comme une forme d'esclavage ; elles estiment que leur corps a été violé et que cette exploitation est comparable à une intrusion sexuelle. Plus le ménage est pauvre, plus le nombre de gestations nécessaires pour tenter d'en sortir est élevé. La plupart des femmes ont eu recours à la gestation pour autrui pour construire ou acheter un logement. Les difficultés d'accès au logement, à la santé et à l'éducation constituent les causes profondes de la gestation pour autrui en Inde. Il est essentiel que les secteurs public et privé de l'éducation, de la santé et du logement soient orientés vers l'accès universel à la santé et à l'éducation, ainsi que vers la fourniture de logements à bas coût. Un contrôle strict de l'ensemble des cliniques de FIV est indispensable pour surveiller leurs pratiques. À tout le moins, elles sont impliquées dans des avortements sélectifs et dans une utilisation inhumaine du corps des femmes à des fins de profit. Le public doit être informé de la réalité inhumaine des procédures de gestation pour autrui et des violations des droits humains qu'elles impliquent, car ce qui est diffusé dans les médias grand public est très éloigné de la réalité vécue.

Cette étude démontre qu'au regard de la complexité des pratiques de gestation pour autrui, de leurs impacts physiques et psychologiques sur les mères porteuses et leurs familles, et de l'ampleur des violations des droits humains, il ne peut exister de forme éthique de gestation pour autrui. Au-delà de l'adoption du projet de loi actuel au Rajya Sabha, j'espère que le gouvernement indien prendra pleinement en considération ces atteintes et envisagera une interdiction totale de la gestation pour autrui en Inde. Il serait également souhaitable que les anciennes mères porteuses soient intégrées au programme Pradhan Mantri Shram Yogi Maandhan (PMSYM), qui prévoit une pension minimale de 3 000 roupies pour les travailleurs du secteur informel.

L'Inde a interdit la gestation pour autrui commerciale à la suite de décès de mères porteuses et de donneuses d'ovocytes, de litiges sur la garde des enfants, de l'abandon d'enfants handicapés ou non désirés et de l'exploitation des femmes, ainsi que de la traite à des fins de gestation pour

autrui. Les réseaux illégaux impliqués dans la traite de jeunes filles vers la prostitution et le travail domestique dans les quartiers pauvres ont également été utilisés pour la gestation pour autrui. Cette étude a mis en évidence le transfert de femmes musulmanes vers le Kerala pour répondre à la demande du Moyen-Orient. La gestation pour autrui perpétue le patriarcat par la pression familiale et par des contrats qui contrôlent et exploitent le corps des femmes, entraînant une triple aliénation : vis-à-vis des enfants nés, de leur propre corps et de leur intégrité physique. En mobilisant le cadre de la justice reproductive, je soutiens que la gestation pour autrui expose les mères porteuses à de multiples formes d'indignité et d'injustice, ainsi qu'à des risques physiques, psychologiques et vitaux, et ne peut donc être considérée comme un droit reproductif des parents d'intention. Bien que l'Inde ait interdit la gestation pour autrui commerciale, la gestation pour autrui dite « altruiste » reste autorisée et comporte de nombreuses failles exploitantes et attentatoires aux droits humains et aux droits de l'enfant. La gestation pour autrui devrait donc être reconnue, dans une perspective de justice reproductive, comme une violation universelle des droits humains.

16. Références

Bhalla, Nita, and Mansi Thapiyal. 2013. Foreigners are flocking to India to rent wombs and grow surrogate babies. Reuters, Business Insider. <https://www.businessinsider.com/india-surrogate-mother-industry-2013-9?IR=T> Accessed 23 May 2019.

Boddy M.A., Fortunato, A., Sayres M.W., and Aktipis, A.(2015) Fetal microchimerism and maternal health: A review and evolutionary analysis of cooperation and conflict beyond the womb. *Bioessays*. 37(10): 1106–1118.

Desai, Kishwar. 2012. India's surrogate mothers are risking their lives: They urgently need protection. The Guardian. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2012/jun/05/india-surrogates-impoverished-die> Accessed 23 May 2019.

Frontline. 2016. Surrogacy a hot topic. Interview: Dr. Sowmya Swaminathan. Frontline India. <http://www.frontline.in/social-issues/surrogacy-a-hot-topic/article9140558.ece>.

Accessed 23 May 2019.

NDTV. 2015. We the people—The surrogacy debate; of motherhood or money? YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=7OIBHVKZzjg> Accessed 23 May 2019.

Saravanan, S. (2018) 'A Transnational Feminist View of Surrogacy Biomarkets in India'.

Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd.

Pande A. (2011) Transnational commercial surrogacy in India : gifts for global sisters ?

Reproductive Biomedicine Online; 23(5): 618 – 625.

UNESCO. 2006. Universal declaration on bioethics and human rights. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation.

Woo I et al., (2017) Perinatal outcomes after natural conception versus in vitro fertilization (IVF) in gestational surrogates: a model to evaluate IVF treatment versus maternal effects. *Fertility and Sterility*, 108(6):993-99.

Photo 1; Ujwala (SM9), her husband and Dr. Sheela



Photo 2: New IVF Clinic Complex in Anand



Photo 3: Sneha (SM35) and her Children



Photo 4: Parul (SM 7) and her Son



Photo 5: Mercy (SM8) and Dr. Sheela

ANNEXE 1: ETUDES DE CAS

TABLE DES MATIERES DES ETUDES DE CAS

N o .	Name of Surrogate Mothers	Page number
1	Madhuri	46
2	Gracy	52
3	Sarala	60
4	Nitya	65
5	Banu	70

1. Madhuri

Madhuri est venue rendre visite à Sarala spécialement pour me parler de son expérience de gestation pour autrui. Après l'entretien, j'ai visité son domicile et rencontré son fils. Le logement leur était fourni par l'employeur de son mari. La maison était bien meublée et la cuisine, bien agencée, comportait de nombreux ustensiles (photo 6 : Madhuri préparant du thé).

Âgée de 35 ans, originaire du Népal, de religion hindoue, Madhuri a été scolarisée jusqu'en 7^e année. Elle dit ne pas avoir été très intéressée par les études : elle n'arrivait pas à s'y investir. Elle a été mariée à l'âge de 15 ans. Peu après son mariage, elle a eu un enfant ; elle a aujourd'hui deux enfants, une fille de 18 ans et un garçon de 17 ans. Elle a eu recours à la gestation pour autrui à trois reprises : une fois en 2013, puis en 2017, et à nouveau en 2018. Elle a reçu 3,50,000 roupies pour chacune de ces gestations. La première a eu lieu à Usha Nursing Home, la deuxième à Female First et la troisième au Trinity Test Tube Baby Centre. Elle a réalisé une gestation pour autrui à Anand et deux à Surat. La clinique Asha d'Anand exigeant que les mères porteuses résident dans un foyer de mères porteuses pendant toute la grossesse, elle n'y est pas allée, se disant mal à l'aise avec cette clause : « Mes enfants seraient laissés seuls », a-t-elle expliqué. Lors de sa première gestation pour autrui, elle a donné naissance à deux garçons ; lors de la seconde, à un garçon et une fille ; et lors de la troisième, de nouveau à deux garçons. Elle a également eu recours à plusieurs reprises au don d'ovocytes.

Avant de devenir mère porteuse, elle était femme au foyer. Elle avait également été impliquée auparavant dans le travail du sexe. Son mari est alcoolique : il boit environ quinze jours par mois et reste sobre les quinze jours restants. Il travaille comme ouvrier dans une usine fabriquant des sacs destinés à l'emballage du riz. « Quand il boit, il râle toute la journée puis il dort », explique-t-elle, en précisant toutefois qu'il ne la frappe pas. Lorsqu'elle a eu recours à la gestation pour autrui pour la première fois, elle se trouvait dans une situation de grande vulnérabilité, tant émotionnelle que financière.

Actuellement, elle travaille comme cuisinière et collabore également avec une ONG appelée *Jankalyan Seva Samiti*, où elle intervient pour sensibiliser les travailleuses du sexe au dépistage médical du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST). Elle continue par ailleurs à exercer une activité d'agente pour les donneuses d'ovocytes et les mères porteuses, accompagnant des femmes vers les cliniques en échange d'une commission.

C'est une amie qui l'a initialement introduite au don d'ovocytes et l'a accompagnée pour la première fois à la clinique à cette fin. Après un premier don d'ovocytes, la clinique lui a proposé de devenir mère porteuse.

(Elle a la peau claire, un critère recherché par de nombreuses cliniques lors du recrutement des mères porteuses. Les femmes à la peau claire sont également très demandées par les parents d'intention.)

Lorsqu'elle a entendu parler de la gestation pour autrui pour la première fois, elle s'est interrogée : comment pouvait-on avoir un enfant sans relation sexuelle ? Une fois qu'elle a compris le principe de la GPA, elle en a parlé à son mari comme d'une possibilité de revenus. Il a immédiatement accepté et s'est montré favorable en raison des gains financiers élevés ; il n'a pas été nécessaire de le convaincre. Aujourd'hui, tout son voisinage est au courant de son implication dans la gestation pour autrui. Récemment, elle dit se percevoir comme le principal soutien financier de la famille et avoir davantage le sentiment de contrôler sa vie. Au départ, son engagement dans le travail du sexe puis dans la gestation pour autrui relevait uniquement d'un

devoir envers sa famille ; il n'y avait aucune motivation altruiste, mais une nécessité économique. « Quand il n'y avait pas assez d'argent pour manger, je me suis engagée dans cela », dit-elle.

En 2013, elle s'est rendue à la clinique Asha et y a été témoin d'une violente altercation. Par la suite, elle a appris qu'une femme était décédée dans cette clinique au cours d'une gestation pour autrui, ce qui l'a profondément effrayée¹⁰. Une autre source d'inquiétude concernant cette clinique tenait au fait que les femmes y étaient tenues de résider dans des foyers de mères porteuses pendant près d'un an. Elle se disait mal à l'aise à l'idée de laisser ses enfants adolescents seuls à la maison pour partir en gestation pour autrui.

« L'argent est la seule raison de la gestation pour autrui ; en dehors de l'argent, il n'y a rien. Si le mari ne gagne rien, alors nous, les femmes, n'avons que cela à faire », a-t-elle déclaré. Elle a reçu 350 000 roupies (environ 5 000 euros) pour sa première gestation pour autrui, et le même montant pour chacune des trois suivantes. Elle a reconnu avoir ressenti, lors de la première expérience, que la gestation pour autrui était médicalement intrusive et comparable à une forme d'abus sexuel ; toutefois, au fil des expériences répétées, elle dit s'y être progressivement habituée.

Critères de sélection

À la clinique, elle a dû fournir sa photographie, sa carte Aadhaar et sa carte de rationnement¹¹. « Ce sont les parents d'intention qui choisissent les mères porteuses », a-t-elle expliqué. « Ils font aligner cinq femmes devant eux et peuvent en choisir une. » (Cette procédure est, selon elle, très similaire à la manière dont les travailleuses du sexe sont sélectionnées.)

La femme retenue est ensuite interrogée : « D'où venez-vous ? Que fait votre mari ? ». Certains parents d'intention exigent des mères porteuses « belles » et « de bonne apparence », et privilégient également les femmes plus jeunes. « Les parents d'intention partent généralement du principe que si la mère porteuse est noire, les enfants le seront aussi », a-t-elle indiqué. « Par exemple, lors de ma troisième gestation pour autrui, les parents d'intention m'ont choisie parce que j'ai la peau claire. J'ai donné naissance à deux garçons ; leur poids était correct — 3,5 kilos chacun — mais les deux bébés avaient le teint foncé. » Après la naissance, les parents d'intention l'ont raillée : « Cette femme est si claire et si belle, comment se fait-il que les enfants soient foncés ? ». Madhuri a répondu : « Dans leur famille, le père et la mère avaient tous deux la peau foncée ; comment les enfants auraient-ils pu me ressembler ? Les enfants leur ressemblent. »

Irritée par ce comportement, elle a refusé de signer l'accord final et a exigé une somme supplémentaire de 50 000 roupies (environ 700 €) pour apposer sa signature, comme une manière d'exprimer son ressentiment. Ces dernières années, certaines cliniques font intervenir un avocat lors de la signature des contrats et après la gestation pour autrui, avant la remise des enfants.

(Il s'agit d'un phénomène récent : l'intervention d'un tribunal et d'un avocat dans les accords de gestation pour autrui. Pourtant, les mères porteuses ne reçoivent toujours pas de copie de leur contrat ; dès lors, même si elles saisissent la justice, leurs chances d'introduire une action sont très faibles. Bien que Madhuri ait le sentiment d'exercer un certain contrôle en refusant de signer

¹⁰ Dans l'entretien avec Gracy, il est fait mention de Sangeeta, une mère porteuse décédée en 2012. Ce décès n'a jamais été rapporté par les médias. Une autre donneuse d'ovocytes est décédée en 2017 ; là encore, ce décès n'a fait l'objet d'aucune couverture médiatique.

¹¹ La carte Aadhaar et la carte de rationnement sont des documents officiels d'identification en Inde.

l'accord final, elle n'a pas conscience que, sans copie du contrat, elle n'a pratiquement aucune possibilité, devant un tribunal, de prouver même qu'elle a été mère porteuse au sein de cette clinique.)

Motivation financière

Elle n'aurait pas accepté de recourir à la gestation pour autrui si la rémunération avait été inférieure. Les cliniques versaient 300 000 roupies (environ 4 000 €) pour un enfant, avec un supplément de 50 000 roupies (environ 700 €) pour chaque enfant supplémentaire. La clinique Asha, quant à elle, versait 75 000 roupies (environ 1 000 €) pour chaque enfant supplémentaire.

Elle n'a toutefois pas choisi la clinique Asha, car celle-ci imposait des conditions qu'elle jugeait particulièrement éprouvantes pour les mères porteuses, notamment l'obligation de vivre éloignées de leur domicile et de laisser leur famille pendant toute la durée de la grossesse. « La femme qui est enfermée dans le foyer de mères porteuses souffre, et sa famille souffre à l'extérieur. J'étais très mal à l'aise avec cela », a-t-elle expliqué.

Lorsqu'on l'a interrogée au début de l'entretien, elle estimait que la rémunération était équitable, car elle ignorait le montant réellement payé par les parents d'intention pour la gestation pour autrui. « Les médecins ne révèlent jamais ce qu'ils facturent réellement aux parents d'intention », a-t-elle précisé. Plus tard, après avoir accordé davantage de confiance au cours de l'entretien, elle a affirmé que les médecins étaient profondément injustes envers les mères porteuses. Selon elle, les cliniques facturent entre 20 et 25 lakhs de roupies (environ 30 000 à 35 000 €) aux parents d'intention pour une gestation pour autrui, tout en ne versant qu'environ 4 000 € aux mères porteuses. Elle a conclu : « Les médecins gagnent énormément d'argent grâce au corps des femmes. Ils perçoivent des sommes très élevées et n'en donnent qu'une infime partie aux mères porteuses. »

Lors de sa première expérience de gestation pour autrui, elle n'a pas ressenti de ressentiment : elle avait un besoin urgent d'argent et se considérait comme naïve. En revanche, lors de la deuxième et de la troisième expérience, elle a déclaré avoir compris que « ce n'était rien d'autre qu'un commerce fondé sur nos corps », assimilant ce système à « un marché du corps exploitant, comparable à la prostitution ».

La deuxième fois qu'elle s'est rendue à la clinique, elle était dans un besoin urgent de 10 000 roupies (environ 140 €). Elle pensait qu'un transfert d'embryon serait tenté, échouerait, et qu'elle pourrait rentrer chez elle après avoir perçu cette somme. Or, le test s'est révélé positif, et elle a dû mener à terme l'ensemble du processus de gestation pour autrui.

À la clinique Asha, bien que la rémunération pour un enfant supplémentaire fût relativement plus élevée, le paiement pour le transfert d'embryon et le séjour de quinze jours était beaucoup plus faible (2 000 roupies, environ 30 €), contre 10 000 roupies (environ 140 €) dans la clinique où elle s'est finalement rendue.

(Elle a ainsi exploré différents segments du « marché du corps » — don d'ovocytes, gestation pour autrui — et adapte ses décisions en fonction des niveaux de rémunération proposés.)

En tant qu'agente

Elle est activement impliquée en tant qu'agente de gestation pour autrui. Récemment, elle a orienté une femme vers une clinique pour une gestation pour autrui ; cette dernière a donné naissance à des jumeaux, et Madhuri s'attend à recevoir prochainement sa commission de la part de la mère porteuse. Les deux mères porteuses présentes (Sarala, MP 3, et Madhuri) ont alors commencé à discuter de M. Piyush, également agent actif dans la région, qui, selon elles, emmènerait des filles non mariées pour des gestations pour autrui, ainsi que du fait que certaines familles musulmanes conduiraient leurs jeunes filles non mariées (âgées de 14 à 16 ans) à des dons d'ovocytes.

Elle indique avoir récemment reçu un appel de la clinique lui demandant de référer au plus vite des femmes pauvres pour des gestations pour autrui, au motif que la loi serait susceptible d'être adoptée prochainement au Rajya Sabha et que la gestation pour autrui commerciale devrait alors cesser.

(En ce sens, ces éléments montrent que la loi visant à interdire la gestation pour autrui commerciale a eu un effet sur la réduction des marchés de la gestation pour autrui en Inde. L'argument selon lequel « l'ensemble du marché » basculerait nécessairement dans la clandestinité apparaît ici comme une exagération.)

Sa relation avec la clinique

Il s'agit d'une relation qui s'inscrit dans la durée, dans la mesure où elle exerce également une activité d'agente de gestation pour autrui. Elle explique que les parents d'intention étaient « gentils » et « bienveillants » avec elle et qu'ils lui permettaient de manger ce qu'elle souhaitait lorsqu'elle était mère porteuse. Il n'y avait aucune restriction alimentaire¹² durant sa grossesse.

Concernant le fait de quitter le domicile familial

Elle n'a pas vécu cette période dans un état de tension particulier, car la clinique l'autorisait à rester à son domicile, auprès de sa famille. Elle n'était soumise qu'à des restrictions concernant les déplacements et les relations physiques avec son mari. En revanche, elle était autorisée à effectuer des tâches ménagères légères, telles que la cuisine et la lessive.

Relations avec l'enfant

Dans les cliniques où elle a eu recours à la gestation pour autrui, les enfants étaient retirés immédiatement après la naissance ; on ne lui montrait même pas le visage du ou des enfants. Elle n'a rencontré les parents d'intention qu'à l'occasion de sa première gestation pour autrui. Aucune forme de lien ou d'attachement après la naissance n'était autorisée.

« Pendant la grossesse, j'ai ressenti un fort attachement émotionnel lors de la première gestation pour autrui. Ensuite, pour la deuxième, je me suis retenue de créer un lien. De toute façon, ils ne montrent même pas le visage du bébé », a-t-elle expliqué. (Son expression traduisait une grande

¹² À la clinique Asha, les mères porteuses ne sont pas autorisées à consommer de la nourriture commandée à l'extérieur. Les choix alimentaires qui leur sont proposés ne sont en rien adaptés ni attractifs : à chaque repas, une boîte-repas monotone leur est distribuée, et les mères porteuses sont tenues de se contenter de cette nourriture.

frustration : bien qu'elle affirme s'être endurcie pour éviter tout attachement, elle reconnaît s'être attachée aux enfants lors de chacune de ses trois gestations pour autrui. Au-delà de ces expériences, elle dit également avoir ressenti un attachement envers les enfants potentiellement nés de ses dons d'ovocytes.)

« J'ai donné mes ovocytes de nombreuses fois. L'attachement est naturel, tout le monde le ressent. Moi aussi je l'ai ressenti », a-t-elle ajouté.

Lors de la première gestation pour autrui, les enfants lui ont été montrés et elle a pu les allaiter pendant quinze jours à l'aide d'un tire-lait. Pour cette activité d'allaitement, elle recevait un supplément de 200 roupies (environ 3 €) par jour.

Selon elle, il devrait exister un dispositif permettant de maintenir un lien ou au moins un contact avec les enfants nés de la gestation pour autrui et du don d'ovocytes. Elle m'a montré des photographies des enfants, qu'elle avait pu prendre lorsqu'ils étaient restés auprès d'elle pendant quinze jours. *« J'étais bouleversée et triste au moment de remettre les enfants. Un accompagnement psychologique est indispensable, non seulement pour moi mais pour toutes les mères porteuses. Ma tristesse lors de mes trois gestations pour autrui venait du fait de penser aux enfants et de m'inquiéter de savoir comment ils allaient et ce qu'ils devenaient »*, a-t-elle confié.

Relations avec les parents commanditaires

Lors de la première gestation pour autrui, les parents d'intention l'ont sélectionnée parmi trois ou quatre femmes. Par la suite, ils ne sont venus qu'au moment de l'accouchement, uniquement pour récupérer l'enfant.

Les premiers parents d'intention étaient américains ; pour les deux gestations suivantes, elle ne sait même pas qui étaient les parents d'intention. Elle pense que les seconds étaient originaires du Gujarat, mais elle n'en a aucune certitude. Elle n'a conservé aucun contact avec aucun d'entre eux ; ils n'ont pas maintenu de lien après la naissance.

Elle a par ailleurs exprimé une certaine fierté quant à sa fertilité, soulignant qu'elle avait obtenu un résultat positif dès le premier essai de FIV lors de chacune de ses trois gestations pour autrui. Pour cette raison, elle était recherchée par les cliniques, non seulement en raison de son teint clair, mais aussi en raison de ses « taux de réussite » élevés (résultats positifs aux tentatives de FIV).

Faire entrer sa fille dans les circuits du marché du cops

“Je ne laisserai jamais ma fille s'engager dans une gestation pour autrui ou dans le don d'ovocytes. Nous ne voulons pas que nos enfants soient impliqués dans cela. Si nous luttons aujourd'hui, c'est précisément pour que nos enfants n'aient jamais à faire cela dans leur vie.”

Copie du contrat

Elle n'a reçu aucune copie du contrat lors de ses trois gestations pour autrui.

Impact sur son enfant

Son fils l'a vue à la clinique après le premier transfert d'embryon ; il l'a vue inconsciente et s'est mis à pleurer longuement, croyant que sa mère était morte. Il était extrêmement bouleversé, et l'ensemble du personnel de la clinique a dû intervenir pour le rassurer et lui expliquer que tout allait bien.

Conclusion

Elle vivait dans une grande pauvreté, sans être propriétaire d'un logement ni de terres, et connaissait de graves difficultés financières en raison de l'alcoolisme de son mari, qui buvait environ quinze jours par mois ; les revenus du ménage étaient insuffisants pour assurer leur subsistance.

- Elle estime que, sur le plan financier, sa situation s'est améliorée grâce aux revenus tirés de la gestation pour autrui et du don d'ovocytes, tout en soulignant que ces activités ne constituent pas une source d'emploi durable.
- Sur le plan émotionnel, elle dit avoir été affectée, mais être parvenue, tant bien que mal, à faire face en se rassurant elle-même.
- Sur le plan physique, elle ne considère pas avoir subi d'effets négatifs majeurs.
- Elle s'est sentie rabaissée par le comportement irrespectueux des parents d'intention à son égard.
- Elle estime que la clinique exploite de manière indiscriminée le corps et le travail des femmes, principalement dans une logique de profit commercial égoïste.

2. Gracy

Quand nous (moi-même et Sarala) sommes entrées chez elle, elle lavait la vaisselle près de l'entrée. C'était une maison mitoyenne comprenant une seule pièce et une cuisine. Gracy a 40 ans, a terminé la 10^e classe et s'est mariée peu après. Elle n'était pas très intéressée par les études. Elle s'est mariée à l'âge de 20 ans. Elle a un fils de 9 ans. Elle a eu recours à la gestation pour autrui en 2012, à la clinique Asha, et a reçu 4 lakhs de roupies (environ 5 700 €). Elle et Sarala travaillaient ensemble dans un hôpital à Nadiad. À l'époque, elle ne savait pas lire ni écrire en gujarati.

Avant la GPA, elle s'occupait du foyer. Le revenu du ménage était de 6 000 roupies par mois. Elle a entendu parler pour la première fois de la GPA par Sarala (SM3). C'est Sarala qui a convaincu Gracy et son mari. Elle a parlé avec lui pendant des heures avant qu'il n'accepte. Au départ, Gracy était très réticente lorsqu'elle a entendu parler de la GPA. Elle disait : *« Qu'est-ce que c'est ? Comment ça se passe ? Je ne me sentais pas bien par rapport à ça. J'avais l'impression que ce n'était pas bon pour la société de faire une chose pareille. Mon mari disait la même chose. En plus, mon enfant était très petit, il n'avait qu'un an quand je suis partie pour la GPA. J'étais très inquiète d'être loin de mon enfant. Ma mère était là pour s'en occuper, mais ce n'est pas pareil. »* (Photo 8 : Dr Sheela et Gracy)

Motivation

« Ma principale motivation était financière ; la situation de mon foyer n'était pas bonne à ce moment-là. Je voulais pouvoir inscrire mon fils dans une bonne école. À l'époque, même si j'avais reçu une somme moindre, je l'aurais quand même fait. Même s'ils ne m'avaient donné que 200 000 roupies (environ 3 000 €), je l'aurais fait », explique Gracy. Elle précise que **s'il n'y avait pas eu d'argent en jeu, elle n'aurait jamais accepté.**

Critère de sélection

Lorsqu'elle s'est rendue à la clinique, on lui a demandé combien d'enfants elle avait, l'âge de son fils et qui s'occuperait de lui pendant qu'elle serait hébergée dans la maison de mères porteuses.

La clinique a également recueilli des informations concernant son âge, sa photographie et son certificat de mariage.

Relations avec les parents commanditaires

Elle n'a pas été présentée aux parents commanditaires avant le transfert embryonnaire ; elle ne les a rencontrés que bien plus tard. Ils venaient de Delhi, ont fourni leur matériel génétique puis sont repartis à l'étranger pour une durée de trois à quatre mois. À leur retour, ils sont venus la voir une seule fois pendant la grossesse.

Durant la gestation, ils lui ont parlé deux fois au téléphone alors qu'elle résidait dans la maison de mères porteuses. Les échanges se faisaient en gujarati, la langue locale de la région. Ils lui

disaient : « *Tu portes nos jumeaux, mange bien, si tu as besoin de quoi que ce soit, dis-le-nous. S'il y a quelque chose que tu veux, demande à Madame¹³, n'aie pas peur.* »

À cette période, elle était très mince et avait des difficultés à manger ; elle ressentait l'envie de consommer certains aliments particuliers. Les parents lui ont dit : « *Dis à Madame si tu souhaites un aliment spécifique de l'extérieur, ils peuvent te l'apporter.* » Elle a refusé et a indiqué qu'elle mangerait uniquement ce qui lui était fourni par la clinique dans la boîte-repas (*tiffin*).

Le Dr Nisha lui avait fait peur en lui disant que consommer de la nourriture extérieure était l'une des raisons pour lesquelles des mères porteuses pouvaient mourir.

Au début, les parents commanditaires appelaient la clinique, puis ils ont commencé à l'appeler directement. « Ils se renseignaient auprès de Madame sur les dates des examens médicaux et m'appelaient en conséquence. Après chaque contrôle, ils m'appelaient. Ils appelaient d'abord *Madame*, puis moi, afin de vérifier les informations et d'obtenir directement des nouvelles concernant les bébés et mon état de santé. »

Concernant le fait de quitter le domicile familial

« J'étais très frustrée dans la maison de mères porteuses. J'attendais que la grossesse se termine pour pouvoir rentrer chez moi. J'ai beaucoup pleuré. Mon mari amenait mon fils me voir tous les dimanches à la maison de mères porteuses. Les mères porteuses sont contraintes d'y résider. »

(À ce moment-là, son mari est entré dans la pièce et l'a réprimandée en disant : « Garde toutes ces histoires pour la maison des mères. Ici, si les voisins entendent tout ça, ils vont jaser sur nous. » Elle lui a calmement demandé de fermer la porte en quittant la maison. Il partait travailler. Il continuait à marmonner, visiblement irrité qu'elle nous parle de son expérience de la GPA. Elle m'a demandé de continuer, mais en me priant de parler à voix basse, ce que j'ai fait. Il est parti en laissant la porte ouverte ; après son départ, elle est allée fermer la porte d'entrée.)

Règles au sein de la maison de mères porteuses

Les règles de la maison de mères porteuses étaient, comme d'habitude, de ne pas consommer de nourriture provenant de l'extérieur, de ne pas sortir et de ne pas être en contact avec la famille. Elle n'était toutefois pas particulièrement affectée par l'interdiction de manger de la nourriture extérieure, se disant satisfaite des repas servis dans la maison de mères porteuses.

Relation avec les enfants

« À quoi bon parler de ma relation avec les enfants, alors que je n'ai même pas vu les bébés. On a retiré les enfants de mon corps et ils sont partis avec eux immédiatement. » Elle a eu deux enfants : un garçon (2 kg) et une fille (2,5 kg). Comme les enfants étaient en bonne santé, il n'était pas nécessaire de les placer en couveuse ; les parents commanditaires sont donc repartis d'Anand en moins d'une semaine. Elle sait que les jumeaux ne seront jamais informés des circonstances de leur naissance et qu'ils ne penseront donc jamais à elle.

¹³ Les mères porteuses désignaient couramment le Dr Nisha, de la clinique Asha à Anand, sous l'appellation « Madam ».

Elle dit ne pas avoir été triste lorsque les enfants ont été emmenés. Elle avait été tellement terrorisée tout au long de la grossesse que le simple fait d'être en vie constituait pour elle un immense soulagement ; elle ne voulait plus qu'une chose : rentrer chez elle.

Impact sur son propre enfant

Elle ne veut pas penser aux bébés et n'en parle jamais, car son fils est très bouleversé qu'elle ait "donné" les jumeaux. Je lui ai demandé comment son fils avait appris qu'elle avait eu des jumeaux. Elle a répondu : « *Il avait deux ans quand j'ai fait la GPA ; il a vu les bébés, il entend tout le monde en parler. C'est un enfant très intelligent.* »

Lorsqu'il venait la voir dans la maison de mères porteuses, il lui demandait : « Pourquoi ton ventre est-il si gros ? Pourquoi le ventre de toutes ces femmes est-il si gros ? » Plus tard, quand elle est rentrée à la maison, il a commencé à lui demander : « Maman, tu as eu deux bébés, où sont-ils allés ? À qui les as-tu donnés ? Pourquoi les as-tu donnés ? »

Quand il la voit parfois pleurer, il la réconforte en disant : « C'est bien que tu aies donné les deux bébés. Tu as déjà du mal à t'occuper de moi ; comment aurais-tu pu t'occuper de nous trois ? »

Cet enfant a aujourd'hui neuf ans et il se pose encore beaucoup de questions sur les raisons pour lesquelles sa mère a donné ses enfants.

Procédure médicale

Lorsqu'elle s'est rendue à la clinique pour la première fois, elle allaitait encore son enfant d'un an ; on lui a donc donné des médicaments pour tarir sa lactation afin de préparer son corps à la grossesse de GPA. « Ensuite, on m'a donné des médicaments et des injections pour épaissir la muqueuse de mon utérus afin de préparer (mon corps) au transfert embryonnaire », a-t-elle expliqué.

Intensité des interventions médicales

Elle explique que, dans le cadre de la GPA, **les médicaments et les interventions médicales étaient excessifs**. Elle observe que, lors de sa propre grossesse personnelle, elle n'avait même pas fait une seule échographie pour suivre le développement de l'enfant dans son ventre. À l'inverse, dans le cadre de la GPA, les interventions médicales étaient constantes, constituant selon elle une **ingérence permanente dans son corps**, qu'elle a vécue comme extrêmement intrusive.

Ayant signé un contrat dans lequel elle n'avait **aucun droit sur son propre corps**, elle explique qu'elle est restée silencieuse et n'a rien contesté.

Elle avait **trois fœtus** dans son utérus. Les parents commanditaires souhaitaient qu'elle garde les trois, mais le Dr Nisha a refusé et a procédé à une **réduction embryonnaire sélective**. « *Il y avait deux filles et un garçon dans mon ventre, alors Madame a dit qu'il y avait deux filles et qu'elle allait avorter l'une des filles. Madame a insisté pour qu'il n'y ait qu'un garçon et une fille dans mon ventre.* »

Elle ajoute :

« Tous ces médicaments, c'est trop. Dès qu'on met un pied à l'hôpital, la saga des médicaments commence. Personne ne peut rien remettre en question à l'intérieur de la clinique. J'ai reçu énormément d'injections, sans fin. Dès que l'on arrive pour rester à l'hôpital, les injections commencent. Même avant le transfert embryonnaire, on m'a administré des injections uniquement pour préparer mon corps. Pendant neuf mois entiers, on m'a injecté des médicaments. »

Instabilité émotionnelle et dégradation de la santé

« Je ne me sentais pas bien dans la maison de mères porteuses. Je n'arrivais pas à manger correctement. Depuis le début de la grossesse, ma santé n'a fait que se détériorer. Après le septième mois, mon alimentation a fortement diminué. J'avais souvent de la fièvre et j'avais aussi des problèmes de thyroïde. Ma santé s'est aggravée dans la maison de mères porteuses. Je n'aimais rien là-bas. J'attendais désespérément que les neuf mois se terminent pour pouvoir partir (de la maison de mères porteuses et de l'environnement de la clinique). Les deux premiers mois, ça allait à peu près, puis ma santé s'est gravement dégradée. Quinze jours, j'allais bien ; quinze jours, j'étais très malade. J'étais brisée intérieurement. »

Je lui ai demandé si cela était uniquement lié à l'éloignement de sa famille. Elle a répondu doucement que c'était aussi parce qu'une mère porteuse était décédée dans la maison, alors qu'elle y résidait.

Sarala, qui était également présente, a ajouté : « Une mère porteuse est morte et une autre est tombée gravement malade pendant que Gracy vivait dans la maison. »

(Ce fait m'a profondément surpris, car cela n'a jamais été rapporté dans les médias. Je suivais pourtant de près les informations sur la GPA. Les seuls décès de mères porteuses signalés en Inde concernaient Easwari. Le nom de la mère porteuse décédée ici en 2012 était Sangeeta.)

Gracy poursuit :

« D'abord, Sangeeta a eu de la fièvre, puis on m'a dit qu'elle avait attrapé la grippe porcine. Je pouvais voir son lit depuis l'endroit où je dormais dans le dortoir. »

Gracy était **terrorisée** par ce qu'elle voyait. Elle craignait de mourir elle aussi, et cette peur l'a accompagnée tout au long de la grossesse.

« Sa césarienne et la mienne étaient prévues en même temps. Nos grossesses avaient commencé ensemble. Quand elle est tombée malade au septième mois, Madame a immédiatement pratiqué une césarienne et retiré les bébés. Pourtant, ni elle ni les bébés n'ont survécu. Elle est décédée quinze jours après la césarienne. »

Gracy reste visiblement traumatisée par cet événement :

« Sangeeta était en bonne santé, personne n'aurait pu imaginer qu'elle mourrait. »

Les autres mères porteuses ont commencé à **rejeter la responsabilité de la mort sur Sangeeta**, affirmant qu'elle ne se reposait pas, qu'elle mangeait à l'extérieur, qu'elle sortait de la maison et qu'elle ne protégeait pas ses oreilles du vent extérieur.

Constatant l'état de détresse de Gracy, le médecin est venu régulièrement à la maison de mères porteuses pour la convaincre que **Sangeeta était responsable de sa propre mort**. Gracy rapporte :

« Elle (le Dr Nisha) m'a convaincue que rien ne m'arriverait. Tu ne te promènes pas, tu es une bonne fille, tu respectes les règles, donc tout ira bien pour toi. »

Les mères porteuses en viennent ainsi à croire qu'elles sont **elles-mêmes responsables** de toute complication, et elles intériorisent cette culpabilité.

Ce type de "conseil" a en réalité **renforcé la peur** de Gracy :

« L'image de Sangeeta restait toujours devant mes yeux. Chaque fois que j'ouvrais la porte de ma chambre, je voyais son lit et je pouvais imaginer Sangeeta allongée dessus, me parlant. Je m'en souviens encore, même aujourd'hui. »

Gracy a été profondément marquée par la mort de Sangeeta et reste hantée par cet événement.

Décès d'une mère porteuse passé sous silence

Il est notable que la mort de Sangeeta **n'a jamais été rapportée dans les médias** et a été totalement étouffée par la clinique.

Sangeeta est décédée après avoir passé quinze jours en soins intensifs dans un hôpital d'Anand.

Absence de récurrence de la GPA

Gracy n'a jamais recommencé la GPA. Bien que Sarala la taquine en disant qu'elle est désormais trop âgée (ce qui les fait rire), Gracy explique que son fils est maintenant plus grand et qu'il n'y a plus personne pour s'en occuper, sa mère étant elle-même vieillissante.

Elle ajoute que son mari lui a dit :

« Une fois que tu y es allée, j'ai eu l'impression que ta vie avait été sauvée de justesse. Ta santé s'est fortement détériorée. Maintenant, n'y retourne plus. »

Impact financier

Gracy estime que la GPA est un **acte moralement répréhensible**, et que l'argent qu'elle en a tiré ne lui est jamais réellement resté. Selon elle, cet argent lui a été repris sous d'autres formes.

« Cet argent ne m'est jamais resté. »

Elle a tenté de partir travailler comme employée de maison en Israël. Elle a versé 200 000 roupies issues de la GPA et contracté un prêt supplémentaire de 500 000 roupies. L'agent à qui elle a confié l'argent s'est révélé être un fraudeur, aujourd'hui en prison pour avoir escroqué 30 femmes à hauteur de 4 millions de roupies.

La maison où elle vit actuellement a été construite par sa belle-mère. Elle avait placé 200 000 roupies sur un compte à terme, et donné le reste à l'agent pour le projet Israël, perdant ainsi l'essentiel de l'argent. Elle a même dû payer davantage pour obtenir un acte de naissance nécessaire au visa.

Par la suite, un cambriolage a eu lieu dans leur maison : deux téléphones et 10 000 roupies en liquide ont été volés. Elle estime que, depuis sa participation à la GPA, **les malheurs se sont accumulés**.

Stigmatisation sociale

Elle n'avait informé personne de sa GPA à l'époque, mais tout le monde l'a finalement appris. Lorsqu'une femme disparaît pendant un an et revient avec de l'argent, le voisinage comprend qu'elle a probablement eu recours à la GPA. Gracy, qui sortait très peu avant, a soudainement disparu pendant plus d'un an, ce qui a alimenté les soupçons.

Pourtant, plus tôt lors de l'entretien, son mari s'était montré en colère contre elle pour avoir parlé de son expérience, craignant que les voisins entendent et colportent des rumeurs.

Son mari lui dit que **cet argent ne peut servir à rien de bon**. Les gens autour d'elle lui disent également :

« Cet argent ne restera jamais avec toi. Tu as vendu ton ventre, comment cet argent pourrait-il rester ? »

Conscience de la justice

Elle affirme qu'elle ne deviendrait jamais agente de GPA pour emmener une autre femme à la clinique en échange de 10 000 roupies :

« Je ne voudrais jamais mettre la vie et la santé de quelqu'un en danger en l'emmenant à la clinique. »

Absence de copie du contrat

Aucune copie du contrat de GPA ne lui a été remise. D'autres documents existent et sont conservés dans un dossier à la clinique, mais **aucun n'est remis à la mère porteuse**.

Le contrat devait être signé par le médecin, les parents commanditaires, la mère porteuse et son mari avant le transfert embryonnaire. Dans son cas, elle ne sait pas quand les parents commanditaires sont venus ni quand ils ont signé.

« Le médecin ne me les a pas présentés à ce moment-là. En réalité, ils m'ont fait signer trois feuilles blanches, puis le contrat a été imprimé dessus plus tard. Je n'ai jamais reçu de copie du contrat. »

Elle explique qu'on lui a montré le contrat ultérieurement et qu'on lui en a expliqué le contenu, mais il était rédigé en anglais, qu'elle ne savait pas lire, et aucune copie ne lui a été remise pour qu'elle puisse le faire traduire.

« Je n'étais pas heureuse, mais que pouvais-je faire ? »

Appréciation globale de la GPA

« C'est à la fois bien et mal. »

Elle estime que la GPA ne concerne que les personnes **dans une pauvreté extrême**, qui n'ont même pas de quoi se nourrir. Pour celles qui ne sont pas dans une misère absolue (logement, éducation, santé), elle considère qu'il ne faut jamais y recourir.

« C'est extrêmement risqué, avec de graves conséquences sur la santé physique de la mère porteuse. Tous ces médicaments, ces interventions médicales et ces injections sont insupportables. Mon corps n'existe plus qu'en apparence ; à l'intérieur, je me sens vide. Je ne peux plus travailler comme avant. J'ai de fortes douleurs au bas du dos et dans les mains. »

Elle précise que la douleur dans ses mains a commencé avec les injections et perfusions répétées. Elle ne sait pas si un nerf a été écrasé.

Impact physique

« L'ampleur des médicaments et des procédures médicales intrusives, comme la réduction embryonnaire, les injections et les échographies, a été douloureuse et éprouvante. L'expérience médicale a été écœurante. »

Un médecin lui a indiqué qu'un nerf avait été endommagé, qu'il n'existe pas de traitement simple, et qu'elle n'a pas les moyens financiers de se soigner. Le délai pour un traitement efficace serait dépassé.

Elle ne peut plus porter plus de 5 kg avec sa main droite sans douleur et gonflement.

« En résumé, mon corps s'est physiquement détérioré. »

Conclusion personnelle

Elle explique que sa vie continue malgré de nombreuses déceptions. Elle travaille comme employée de maison et cuisinière, son mari vend des bracelets sur une charrette. Elle est affectée psychologiquement et physiquement, sans avoir retiré de bénéfice financier de la GPA.

Conclusion – Points clés

- Le foyer de Gracy était pauvre mais disposait d'un revenu stable ; elle a eu recours à la GPA dans l'espoir de construire une maison, ce qui n'a pas été possible.
- Gracy a été **gravement affectée** par la GPA.

- Elle n'en a retiré aucun bénéfice financier durable.
- Elle considère la GPA comme une forme de gain malhonnête.
- Elle a été profondément marquée psychologiquement par la mort d'une mère porteuse et une situation de quasi-décès.
- Elle souffre de **séquelles physiques importantes**, avec une capacité de travail fortement réduite.
- Son fils reste profondément affecté par le fait qu'elle ait donné naissance à deux enfants.

3. Sarala

Sarala travaillait comme infirmière et percevait un salaire de 900 roupies par mois (environ 12,50 USD). Avant même de devenir mère porteuse, elle était déjà largement impliquée dans des essais cliniques de médicaments.

Son mari travaillait comme jardinier pour une **mission chrétienne**, et l'Église lui avait attribué un logement familial situé dans l'enceinte du campus, ce qui leur permettait d'économiser le loyer. Toutefois, l'Église n'a pas versé les salaires des employés pendant plusieurs années. Son mari a donc déposé une **plainte judiciaire** contre elle ; la procédure est toujours en cours et, en cas de succès, les arriérés de salaire devraient être versés en une seule fois. *(Photo 9 : Sarala dans la maison de Parul)*

Sarala a entendu parler de la GPA par l'intermédiaire de certains amis. Ne parvenant pas à convaincre seule son mari, elle a persuadé son frère Dhiraj d'envoyer sa femme Dimpy l'accompagner pour la GPA. Deux femmes du même foyer se sont ainsi engagées simultanément dans la GPA afin de gagner de l'argent. Les deux femmes se sont rendues ensemble à la clinique et ont passé les examens préalables. Sarala est tombée enceinte dès la première tentative pour un couple originaire du Rajasthan et est restée dans la maison de mères porteuses. Dimpy, en revanche, n'a pas réussi et a dû rentrer chez elle, avant de rejoindre Sarala de nouveau quelques mois plus tard.

Les parents commanditaires de Sarala étaient des Indiens non-résidents (NRI), originaires du Rajasthan. Sarala a reçu 350 000 roupies (environ 4 800 USD) pour la GPA.

Sarala a trois enfants : deux filles et un garçon. Elle a placé ses deux enfants dans l'internat de la mission chrétienne pendant un an, car son mari n'était pas en mesure de s'en occuper à la maison et sa belle-mère refusait d'en assurer la garde.

Elle était très inquiète pour le bien-être de ses enfants, mais **n'a pas pu leur rendre visite**, bien que son domicile soit situé très près de la maison de mères porteuses.

Elle avait déclaré à son entourage être partie à **Rajkot**. Cependant, les voisins ont fini par comprendre qu'elle avait eu recours à la GPA, car elle n'est pas rentrée pendant près d'un an, et Rajkot n'est pas éloignée de Nadiad.

Sélection des mères porteuses

Les mères porteuses « jugées belles » sont sélectionnées plus souvent. Les femmes musulmanes sont difficilement acceptées : « personne n'en veut ». Des commanditaires chrétiens venant de l'extérieur de l'Inde préfèrent des mères porteuses chrétiennes. Les Harijans (caste dite « intouchable ») ont plus de difficultés à devenir mères porteuses. Toutefois, j'ai interviewé une mère porteuse, Gunjan, qui est Harijan et a réalisé une GPA à la clinique Bavishi. Selon Sarala, les Harijans sont généralement moins éduquées ou moins « débrouillardes », et seraient donc « plus facilement sélectionnées ».

Les femmes de caste Patel ou les Brahmanes sont, à l'inverse, particulièrement recherchées pour la GPA ; il est indiqué que les commanditaires paient davantage pour des mères porteuses de caste Patel. Les femmes de castes inférieures ayant globalement un état de santé plus précaire,

elles seraient moins privilégiées, les médecins craignant que cela affecte l'issue de la grossesse et la santé de l'enfant.

Il n'y avait aucune assurance-vie ni assurance médicale mise en place pour elle.

Dans la maison de mères porteuses

Elle pesait 34 kg lorsqu'elle est entrée dans la maison de mères porteuses ; à la sortie, elle pesait 45 kg. Elle note également que les traitements peuvent provoquer un **gonflement** et un **œdème**.

Expérience de grossesse et protocoles médicaux (selon Sarala)

Sarala, en tant qu'agente de GPA, a décrit en détail les médicaments à prendre pendant la grossesse. La muqueuse utérine doit être renforcée pour permettre l'implantation de l'embryon. Du Proginova est prescrit pour améliorer l'endomètre, à prendre trois fois par jour. Tant que l'endomètre n'est pas jugé « prêt », le transfert ne peut pas avoir lieu.

À tout moment, au moins deux mères porteuses seraient « prêtes » pour un transfert au sein de la clinique, et toute mère commanditaire serait appariée avec une mère porteuse dont l'utérus est considéré comme prêt. Plusieurs injections et hormones sont administrées à ce stade.

Elle dit ne pas avoir pris certaines injections : elle a demandé à l'infirmière de la clinique de les lui donner, en assurant qu'elle se les administrerait ensuite elle-même, mais elle ne les a finalement pas prises.

Pour prévenir les infections, des comprimés sont introduits dans le vagin ; celles qui ne souhaitent pas le faire peuvent prendre un traitement oral. Les injections se poursuivent pendant 15 jours, jusqu'à confirmation d'une grossesse, puis continuent jusqu'au troisième mois. Ensuite, à partir du cinquième mois, des injections de gestone sont administrées. En cas d'hémoglobine basse, des sirops sont donnés afin d'améliorer le taux sanguin.

Elle résume ainsi son expérience :

« Ce processus est tellement éprouvant que je ne l'aurais pas fait, même si on me payait dix fois plus, si j'avais eu les moyens. Mais je suis tellement désespérée [d'argent] que je le ferais même si on ne me payait qu'un tiers de la somme. »

Elle n'a été autorisée à rentrer chez elle lors des fêtes que parce qu'elle avait une bonne relation avec la surveillante (matron). Sa belle-sœur Dimpy l'a rejointe dans la maison de mères porteuses après quelques mois. Son frère et son mari leur rendaient visite chaque week-end en apportant parfois de la nourriture faite maison.

Sarala a résisté autant que possible au pouvoir des intermédiaires (comme la surveillante du dortoir) et a essayé d'améliorer la nourriture et les conditions de vie. Elle indique que le dortoir n'était nettoyé « correctement » que lorsqu'une équipe de documentaire télévisé venait filmer.

Les parents commanditaires ne venaient jamais dans ce dortoir, situé à environ 20 km de la clinique.

Elle décrit la nourriture comme de qualité médiocre, alors même que les parents commanditaires payaient 6 000 roupies (≈ 77 €) par mois et par mère porteuse pour l'alimentation, et qu'au moins 10 femmes étaient logées simultanément dans ce dortoir.

Lorsqu'elle se plaignait de la nourriture, la surveillante répondait :

« Au moins ici tu manges deux repas complets par jour, et pas seulement de la baakhri (galette sans levain à base de millet) et des piments verts comme à la maison ; alors contente-toi de ce qu'on te donne. »

Sarala a également porté plainte auprès du Dr Nisha, sans résultat. Son mari estimait que les parents commanditaires ne se préoccupaient pas de ce qui se passait dans les dortoirs et qu'ils devraient prêter davantage attention à l'alimentation et aux conditions de vie de la mère porteuse. Cette maison de mères porteuses à Nadiad a depuis fermé (en 2014).

Relation avec les parents commanditaires

Sarala affirme qu'une partie de l'argent liquide et des cadeaux envoyés par les parents commanditaires était souvent « prélevée » par la surveillante. Les appels téléphoniques des parents commanditaires n'étaient pas toujours transmis aux mères porteuses, afin de **contrôler la relation**.

Sarala a accouché de jumeaux, un garçon et une fille, et m'a montré leurs photographies. Les deux étaient fortement en sous-poids.

Globalement, Sarala dit avoir eu une mauvaise expérience avec les parents commanditaires après la naissance. Elle s'est occupée des bébés parce que les parents sont arrivés en retard, et elle tirait son lait à l'aide d'un tire-lait. Après que les parents ont emmené les bébés à leur hôtel, Sarala est repartie chez elle sans attendre le paiement, impatiente de revoir ses enfants et son mari après un an d'absence.

Une semaine plus tard, elle a appelé les parents et a demandé à revoir les bébés ; ils ont accepté et lui ont demandé de les attendre à la clinique en fin de journée, en disant qu'ils viendraient avec les enfants. Elle a attendu toute la journée, les a appelés plusieurs fois, et on lui a réaffirmé qu'ils viendraient, mais ils ne sont jamais venus. Elle est rentrée très tard le soir, déçue. Comme dans de nombreux autres cas, les parents n'ont plus repris contact ensuite, ni pour prendre de ses nouvelles ni pour s'assurer du bien-être de sa famille.

Le comportement des parents commanditaires passait, selon les mères porteuses, de la gentillesse pendant la grossesse à la négligence après la remise de l'enfant. Sarala remarque :

« D'une certaine manière, c'est mieux qu'ils ne soient pas en contact, sinon j'aurais demandé qu'on me rende les enfants. »

Pendant l'accouchement

Sarala était terrorisée pendant son accouchement. Elle décrit un événement similaire à celui vécu par Gracy. Une autre mère porteuse, Anju, résidait avec elle et a accouché à la même période. Anju a connu de graves complications obstétricales : après la césarienne, elle a commencé à saigner abondamment. Malgré les transfusions, elle perdait davantage de sang. Le sol du bloc opératoire était couvert de sang, l'odeur était insoutenable, et tout le monde priait pour sa survie. Les médecins ont finalement dû lui retirer l'utérus, ce qui lui a sauvé la vie. Sarala précise :

« Ça n'arrive pas à tout le monde, mais celles qui voient ça de leurs propres yeux ont très peur. »

Après la GPA : précarité, “marchés du corps”, agentivité et exploitation

Elle pourrait reprendre son emploi d'infirmière et gagner **10 000 roupies par mois**, mais elle ne souhaite plus travailler dur pour une rémunération qu'elle juge insuffisante. Elle s'est progressivement tournée vers les « **marchés du corps** » (essais cliniques à risque, don d'ovocytes), ainsi que vers une activité d'intermédiaire, afin de gagner de l'argent plus rapidement.

Le couple ne paie pas de loyer pour le logement qu'il occupe. Son mari travaille comme jardinier pour une mission chrétienne, qui leur a fourni gratuitement un logement de fonction. Il s'agit là de la contribution du mari au foyer. En revanche, il ne perçoit **aucun revenu régulier** de la part des autorités ecclésiastiques¹⁴. C'est donc Sarala qui assure la subsistance du ménage par divers moyens.

J'ai pu observer de très près le fonctionnement de leur foyer, ayant passé beaucoup de temps avec sa famille. Sarala a d'abord travaillé comme agente de GPA pour la clinique ; aujourd'hui, elle tire ses revenus de sa participation à des essais cliniques et travaille également comme agente de sécurité dans un centre d'essais cliniques. En parallèle, elle oriente d'autres femmes vers des essais cliniques et vers la GPA en tant qu'intermédiaire, et perçoit des commissions à ce titre.

Elle a pris conscience que son corps a été exploité, à la fois par la clinique et par son mari. Cette prise de conscience a profondément affecté sa relation conjugale. Elle a de graves conflits avec son mari, à un niveau devenu difficilement résoluble. Ujwala a indiqué que cette situation se retrouve dans de nombreuses familles d'anciennes mères porteuses. Certaines mères porteuses présentent des symptômes de dépression qui, faute de prise en charge, affectent durablement les relations familiales.

Sarala entretient désormais des relations avec d'autres hommes et reçoit en échange des avantages financiers ou matériels. Son mari en est informé, ce qui alimente un climat de conflit permanent au sein du couple.

Impact physique et émotionnel

Sarala affirme que son corps a enflé à cause des essais cliniques : après chaque essai, son hémoglobine baisse et son corps gonfle.

Lors d'un autre entretien, elle interroge le nom inscrit comme mère sur l'acte de naissance :

¹⁴ Le mari de Sarala m'a expliqué qu'auparavant, l'Église recevait d'importantes sommes d'argent provenant de l'étranger. Toutefois, lorsque les donateurs ont appris que les responsables ecclésiastiques en Inde détournaient ces fonds à des fins personnelles, les financements en provenance de l'étranger ont fortement diminué, rendant l'Église incapable de verser les salaires de ses employés.

« Quel nom est écrit comme mère ? Pourquoi le nom de la mère porteuse n'est-il pas sur l'acte de naissance ? »

Elle est choquée que la mère commanditaire soit inscrite sur l'acte, alors que la mère porteuse est, selon elle, la mère ayant accouché.

Conclusion

- Le foyer de Sarala était pauvre, sans terre ni propriété.
- Elle a entraîné la femme de son frère, Dimpy (SM15), dans la GPA.
- Elle est devenue une intermédiaire expérimentée pour la GPA et les essais cliniques.
- Cette activité peut ne pas être soutenable dans la durée : vieillissant, elle risque de ne plus pouvoir maintenir ce rythme, sans alternative de revenus.

4. Nitya

Nitya a 35 ans. Elle est non scolarisée et n'est jamais allée à l'école. Elle vit actuellement à Nadiad avec son mari et son fils de quatre ans. Ses parents sont décédés lorsqu'elle était jeune. Fille unique, elle n'a ni frère ni sœur et a été élevée par l'oncle et la tante maternels.

Avant de devenir mère porteuse, elle travaillait comme ouvrière sur des chantiers de construction. Les revenus étant insuffisants, elle a eu recours à la gestation pour autrui.

Elle a eu recours à la GPA **avant** d'avoir son fils, qu'elle a eu par la suite. Or, selon le projet de loi indien sur la procréation médicalement assistée (ART Bill), **seules les femmes ayant déjà des enfants** peuvent recourir à la GPA.

(J'ai constaté qu'elle répondait avec réticence à certaines de mes questions, voire qu'elle les éludait. Je m'interrogeais sur la manière dont elle avait pu être mère porteuse à deux reprises sans avoir d'enfant à elle. Ce n'est qu'après l'entretien avec Nitya, puis lors d'un entretien ultérieur avec son amie Banu (SM5), mené en présence de Nitya, que j'ai obtenu davantage d'éléments sur le parcours de Nitya. Banumati s'est exprimée très librement sur son propre vécu et a également révélé des informations complémentaires sur la vie de Nitya. Elle a expliqué que Nitya avait été mariée une première fois et avait eu trois enfants avec son premier mari ; il s'agissait de son second mariage. Nitya et son premier mari se sont séparés à la suite d'une relation extraconjugale, survenue alors qu'elle vivait pendant un an dans la maison de mères porteuses. L'homme avec lequel elle est actuellement mariée est chrétien ; elle s'est donc convertie au christianisme. Elle a aujourd'hui avec lui un fils de quatre ans. Auparavant, elle était hindoue.)

Nitya a entendu parler de la GPA pour la première fois par l'intermédiaire d'une femme vivant près de chez elle. Elle est devenue mère porteuse à **deux reprises** : une première fois en **2010**, puis une seconde fois en **2012**.

Lors de la première GPA, elle a donné naissance à **un garçon**, pour lequel elle a reçu **350 000 roupies**. Lors de la seconde GPA, elle a de nouveau reçu **350 000 roupies** et a donné naissance à **des jumeaux**, un garçon et une fille.

Sélection

Elle indique que ce sont les **parents commanditaires** qui l'ont choisie. Lors de sa seconde GPA, les parents ont insisté pour qu'elle soit leur mère porteuse :

« *Parce que j'étais une Patel¹⁵, ils ne voulaient aucune autre femme.* »

Avant sa conversion au christianisme, elle était hindoue et appartenait à la **caste Patel**.

¹⁵ Les Patel constituent une communauté largement connue au Gujarat pour leur forte implication dans les activités commerciales et entrepreneuriales.

Lors de sa première GPA, elle précise que : « *Les parents commanditaires étaient des Blancs venant d'Afrique. Les enfants sont nés avec un teint clair et sans cheveux sur la tête* » (elle rit).

Rémunération perçue

Selon elle, la rémunération est **déjà insuffisante**, compte tenu de l'ampleur des risques, des interventions médicales et de la douleur endurée. Elle se dit néanmoins prête, à l'époque (2010–2012), à accepter **250 000 roupies**, comme indiqué dans le contrat. Ce n'est qu'après la naissance de l'enfant qu'elle a finalement reçu une somme plus élevée.

« *Pourquoi l'aurais-je fait gratuitement ? Nous étions déjà pauvres, sans maison* » (et elle rit longuement à cette simple idée).

Appréhension face à la GPA

Lorsqu'elle a entendu parler de la GPA pour la première fois, elle était confuse et se demandait :

« *Comment peut-on avoir des enfants comme ça ?* »

Elle a dit à son mari qu'elle irait se renseigner pour comprendre de quoi il s'agissait et comment cela se passait. Le Dr Nisha lui a alors expliqué l'ensemble de la procédure. Dans un premier temps, son mari a refusé de lui donner son accord. Elle l'a ensuite convaincu de l'accompagner pour rencontrer le Dr Nisha et, finalement, c'est le Dr Nisha qui l'a convaincu de l'autoriser à devenir mère porteuse.

Bénéfice financier

Elle a investi la rémunération issue de sa première GPA dans la construction d'une maison avec son mari et son fils de quatre ans. Avec l'argent de cette première GPA, elle a également acheté un autorickshaw, que son second mari conduit aujourd'hui ; il gagne environ **250 roupies par jour**. Elle avait acheté le terrain destiné à la construction de la maison pour **80 000 roupies**.

Avec la rémunération de la seconde GPA, elle a achevé la construction de la maison. Bien que la superficie au sol ne soit que de **200 m²**, le bâtiment compte **trois étages** : au rez-de-chaussée vit sa belle-mère ; au premier étage, le couple occupe un studio (Photo 9 : maison de Nitya). Ils ont également construit un petit temple à l'étage supérieur, qui constitue une source de revenus.

Dans l'ensemble, elle estime que la GPA est « une bonne chose pour les pauvres ». (C'est toutefois Banumati, lors de l'entretien suivant, qui a révélé les dégâts relationnels et personnels que la GPA a causés dans leurs vies.) Elle affirme que, pour les ménages pauvres, **au moins deux GPA sont nécessaires pour pouvoir construire une maison**.

Règles dans la maison des mères porteuses

Nitya tentait d'éluder mes questions concernant le fait de laisser sa famille derrière elle pendant son séjour dans la maison de mères porteuses. Elle m'a dit qu'elle allait bien là-bas. Il y avait des règles strictes : elles n'avaient pas le droit de sortir. Elles étaient contraintes de manger ce qui leur était servi : « Mange, mange encore... combien peut-on manger ? »

On leur donnait des collations, des boissons et beaucoup de nourriture. Elles n'étaient pas autorisées à avoir de relations physiques avec leurs maris — ce qui allait de soi, puisqu'elles étaient confinées dans ce dortoir et interdites de sortie. Elle dit avoir respecté les règles, mangé ce qu'on lui donnait et être restée sur place.

Elle a ensuite changé de sujet pour parler du nouveau complexe clinique construit à Anand (Photo 2). Depuis 2014, la clinique est devenue un vaste complexe intégré comprenant la maison de mères porteuses, la clinique, des chambres pour les parents commanditaires, une unité de soins intensifs pour les nouveau-nés, des boutiques de souvenirs et de produits ménagers, le tout dans un ensemble fermé.

La maison de mères porteuses est désormais **souterraine et étroitement surveillée**. Nitya explique :

« Avant, c'était mieux. La maison de mères porteuses avait une petite véranda et un peu plus d'espace. Mais maintenant, même si la clinique s'est agrandie et est devenue immense, c'est pire pour les mères porteuses. En sous-sol, il n'y a pas d'espace ouvert, pas de fenêtre pour regarder dehors ; c'est encore plus étouffant et déprimant d'y vivre. »

(Son fils de quatre ans, très joueur, vidait tous ses jouets sur le sol, au grand désarroi de sa mère.)

Procédure médicale

Elle ne considère pas la procédure comme équivalente à une agression sexuelle. Toutefois, en discutant longuement avec Kinjal, elle a exprimé la douleur et l'inconfort ressentis lors du transfert embryonnaire, de la grossesse et de l'accouchement. Elle a précisé par la suite qu'elle avait été gênée d'entrer dans ces détails lors de notre première rencontre.

Relation avec l'enfant

Avec sarcasme, elle a déclaré : « À qui que ce soit l'enfant, ils l'emportent. »

Je lui ai demandé si elle avait une photo des enfants. Elle s'est rendue à son armoire et en a sorti un article de journal local faisant l'éloge de la GPA. L'article comportait une photo d'elle tenant l'un des bébés, la mère commanditaire tenant l'autre, entourées du Dr Nisha et des infirmières, souriantes, célébrant ce "succès".

Elle explique : « *C'est la seule fois où j'ai été autorisée à tenir les bébés, devant la caméra. Juste pour la caméra. Les bébés avaient moins de dix jours. Ils ne m'ont même pas donné une copie de cette photo.* »

Après son retour à la maison, c'est une amie qui l'a appelée pour lui dire que sa photo était parue dans le journal. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'elle a compris l'objectif de cette séance photo. Elle conserve aujourd'hui ce journal comme **seul souvenir** des enfants.

(Elle a alors appelé son amie Banumati pour lui demander si elle souhaitait également participer à l'entretien.)

Je lui ai demandé quels étaient ses sentiments à l'égard des enfants. « Non », a-t-elle répondu. « *Nous n'avons aucun sentiment pour les enfants. Nous n'avons aucun droit sur eux ; quels sentiments pourrions-nous avoir ? Nous ne pouvons même pas demander à tenir le bébé un instant ou à jouer avec lui. Ils ne donnent pas l'enfant. Ils l'emportent immédiatement, alors à quoi bon parler de sentiments ?* »

Elle a insisté : « *À qui que soit l'enfant, ils l'emportent, c'est comme ça que ça fonctionne ici.* »

En y pensant, elle a ajouté : « *Ils ont peut-être grandi maintenant : le garçon a neuf ans, et les jumeaux, sept ans.* »

Relation avec les parents commanditaires

Les premiers parents commanditaires ont recontacté la clinique quelques années après la GPA et sont venus lui rendre visite à son domicile.

Les seconds parents commanditaires l'appelaient régulièrement pendant les neuf mois de grossesse, ce qu'elle a apprécié. « *Mais après, ils ont changé : “qui es-tu ? que veux-tu ?” — voilà comment ils se comportent.* »

Expérience globale de la GPA

« J'étais très mal à l'aise avec l'utilisation du tire-lait, mais on ne peut rien dire. C'est leur enfant, et quoi qu'ils nous demandent de faire, nous devons le faire. »

En tant qu'agente de GPA

Elle a tenté d'emmener deux femmes à la clinique en tant qu'agente de GPA. Son nom a d'abord été enregistré comme intermédiaire, puis a été retiré et remplacé par celui d'une autre personne. Elle n'a donc perçu aucune rémunération pour cette mise en relation. Déçue et découragée par cette expérience, elle a renoncé à toute tentative ultérieure d'exercer comme agente de GPA.

Elle précise qu'elle n'encouragerait jamais les enfants de son foyer à avoir recours à la GPA.

Contrat

Elle n'a reçu aucune copie du contrat. Étant non lettrée, elle ne sait pas ce qui y était écrit. Le contrat a été montré à son mari, qui l'a lu et lui a simplement demandé de le signer.

Elle estime que la rémunération était injuste, et précise qu'au moment où elle a eu recours à la GPA, elle était encore plus faible qu'aujourd'hui. Par la suite, les montants versés par la clinique ont augmenté. Elle n'a aucune idée de la somme réellement payée par les parents commanditaires à la clinique pour la GPA.

Conclusion

- Elle est issue d'un foyer pauvre, sans propriété foncière ni logement. Il lui a fallu deux GPA et plusieurs dons d'ovocytes pour pouvoir construire cette maison.
- C'est durant la période de séparation liée à la GPA qu'elle et son mari se sont séparés ; elle a ensuite formé un nouveau couple.
- Elle a pu construire une maison et acheter un autorickshaw, que son second mari conduit aujourd'hui. Elle considère avoir pu utiliser utilement sa rémunération après la seconde GPA.
- Elle indique qu'il n'y a pas eu de changements physiques visibles sur son corps à la suite de la GPA.
- Elle n'a tenu ses bébés qu'une seule fois, lors d'une séance photo.

5. Banu

Elle a d'abord tenu à préciser que, **si son nom n'était révélé nulle part**, elle accepterait de partager avec moi l'ensemble de son expérience. Elle ne souhaitait pas non plus être photographiée, ce que j'ai pleinement respecté.

Elle a 32 ans, est mariée et mère de deux enfants : son aînée, une fille, a 13 ans, et son fils a 7 ans. Elle a eu son second enfant **après sa première GPA**. Son fils est né par **césarienne**.

Elle a réalisé sa première GPA en **2008**, à la clinique Asha à Anand. Elle indique qu'elle n'y est allée qu'une seule fois et qu'elle n'est jamais retournée dans cette clinique ensuite.

Sarala et Banumati résidaient dans la maison de mères porteuses au même moment.

Elle dit avoir échoué en 8e classe : « *Si j'avais réussi, j'aurais trouvé un travail quelque part.* » Elle ajoute qu'à l'époque, selon elle, l'éducation n'était pas valorisée. Après deux césariennes, elle confectionne des guirlandes à domicile : « *C'est un travail qui brise le dos.* »

Ses trois amies — Banu, Nitya et Kinjal — confectionnent elles aussi des guirlandes. Elle regrette aujourd'hui de ne pas avoir poursuivi ses études jusqu'en 12e classe, estimant qu'elle aurait alors pu obtenir un emploi.

Après son mariage, sa vie a complètement changé. Dans sa famille d'origine, elle était la plus jeune et était choyée ; chez ses beaux-parents, elle a dû effectuer un travail très pénible et a été traitée très durement. Elle explique ne pas avoir de père et n'avoir donc pas apporté de dot importante. Ses beaux-parents l'ont contrainte à s'occuper des buffles et à laver les vêtements de toute la famille. Elle a finalement quitté le domicile de ses beaux-parents pour retourner vivre chez sa mère.

Elle précise qu'elle a trois sœurs, pas de frère, pas de père ; sa mère rencontrait donc des difficultés à subvenir à ses besoins. Plus tard, son mari l'a suivie au domicile de sa mère.

Il y a eu des discussions sur la GPA dans le complexe résidentiel où elle vivait. Une femme lui a demandé si elle accepterait de devenir mère porteuse. Sa réaction immédiate a été : « *Non, ce n'est pas bien. Je ne ferai pas ça.* » Mais elle ajoute : « *Nous avons contracté des dettes.* »

Même son mari n'y était pas favorable au départ. Toutefois, elle a estimé qu'elle devait accepter afin de rembourser les prêts qu'ils avaient contractés. À cette époque, elle n'avait pas de maison et pensait que la GPA lui permettrait d'en acquérir une. Sa fille n'avait que **six mois** lorsqu'elle est partie pour la GPA.

Au début, elle considérait la GPA comme un **travail "sale"** et refusait d'y recourir. Elle avait **21 ans** à ce moment-là et ne connaissait rien au processus de la GPA. Puis elle a fini par se convaincre que, quoi qu'il arrive, elle irait jusqu'au bout.

Dans un premier temps, on lui a administré des médicaments pour **tarir sa lactation**. Elle s'est ensuite rendue chez Narmada, l'agente de GPA du quartier. La première chose que Narmada lui a dite a été : « *Je peux t'emmener à la clinique, mais il n'y a aucune garantie, tu peux même mourir.* ». Elle lui a répondu : « *Où j'en suis aujourd'hui, c'est comme si j'étais déjà morte. Alors si je meurs, je meurs. Emmène-moi.* »

Lorsqu'elle est arrivée à la clinique, un assistant du médecin lui a expliqué le fonctionnement de la GPA. À ce moment-là, **aucun document ne lui a été demandé**, ni preuve d'âge ni justificatif de domicile.

Dans la maison des mères porteuses

« La première fois qu'ils ont procédé à la FIV, je me suis sentie très mal à l'aise, bizarre. Ce que j'ai ressenti était presque comparable à une forme d'attouchement (médical). Je prenais les médicaments, je faisais les injections, je suivais scrupuleusement tous les ordres. Je me répétais sans cesse que je devais le faire parce que j'avais besoin de l'argent. »

Elle a obtenu un **résultat positif dès la première tentative**, mais a fait une **fausse couche au bout de trois mois**. Le rythme cardiaque du fœtus est devenu très faible, puis la grossesse s'est interrompue. C'est à ce moment-là qu'on lui a parlé pour la première fois de son **taux de créatinine**, ce qui l'a fortement inquiétée. Elle était très jeune, a beaucoup pleuré et est rentrée chez elle, d'autant plus qu'elle n'a **perçu qu'une somme très faible** malgré toute la souffrance endurée.

« Je n'avais pas le courage d'y retourner. J'étais aussi épuisée. »

Par la suite, l'agente de GPA, Narmada, l'a de nouveau contactée et lui a demandé de revenir. Lors de la **seconde tentative**, le transfert de FIV a de nouveau échoué.

« Après la deuxième fois, j'ai perdu ce sentiment d'inconfort face à la FIV et je me suis habituée aux procédures médicales intrusives. »

Lors de la **troisième tentative**, elle est tombée enceinte et a donné naissance à **des jumeaux**.

Elle est restée **neuf mois** dans la maison de mères porteuses.

« Je pleurais et pleurais, mais je restais dans la maison. À l'époque, il n'y avait pas de téléphones Android, nous étions donc extrêmement ennuyées à l'intérieur. Certaines femmes n'avaient même pas de téléphone basique. J'ai passé tout mon temps à pleurer dans la maison de mères porteuses. »

À ce moment-là, **Sarala (MP3)** et **Nitya (MP8)** sont intervenues pour dire que Banu se disputait souvent avec tout le monde dans la maison de mères porteuses.

Banu a alors expliqué :

« En général, la grossesse est une période très sensible, et là on attendait de nous que nous nous adaptions à tout le monde. J'étais malheureuse dans la maison de mères porteuses, je vomissais, rien ne me plaisait. Dans cet état, si quelqu'un me disait quoi que ce soit, je me mettais à me disputer. J'avais aussi l'habitude de parler sans arrêt, ce qui en irritait certaines. »

Elle était la **plus jeune** de la maison de mères porteuses et pleurait souvent en demandant à rentrer chez elle. Les autres femmes lui caressaient la tête pour la calmer en lui disant : « *Encore quelques mois, puis tu pourras rentrer chez toi. Et quand tu auras l'argent, tu pourras bien vivre.* »

Dans la maison de mères porteuses, elle était très contrariée qu'on la **force à boire des protéines en poudre**. Elle n'aimait pas cela, mais on l'y contraignait : « *Tu dois en boire, tu n'as pas le choix.* »

Elle n'aimait pas le lait, mais on restait debout à côté d'elle jusqu'à ce qu'elle boive **la dernière goutte** dans le verre. Même lorsqu'elle avait envie de vomir, elle devait le boire.

La première fois, sa famille était déjà très perturbée par son absence prolongée. Son mari a commencé à avoir des **relations extraconjugales**, qu'il continue d'entretenir.

Expérience de l'accouchement

Lorsqu'elle a été transférée à la clinique d'Anand au huitième mois de grossesse en vue d'une césarienne, elle a commencé à avoir peur de ce qui allait se passer pendant l'opération. Elle avait déjà été informée que, portant des jumeaux, l'accouchement se ferait par **césarienne**.

Au début du neuvième mois, elle a commencé à ressentir des douleurs de travail. On lui a posé une perfusion pendant deux jours. Ce jour-là, son mari était venu la voir à l'hôpital vers midi. Elle a alors commencé à souffrir de **cécité partielle** (signe d'une hypertension sévère et d'une urgence obstétricale à haut risque). Elle a informé Narmada de ses symptômes, mais ce n'est qu'à 18 heures qu'elle a été emmenée au bloc opératoire.

« Je pleurais et pleurais parce que j'avais l'impression que j'allais mourir. Je me demandais si mes yeux s'ouvriraient un jour à nouveau. »

Elle voyait tout pendant la césarienne et parlait sans arrêt. Le Dr Nisha lui a demandé d'arrêter de parler, sinon l'équipe ne pourrait pas se concentrer sur son travail.

Cette nuit-là, dit-elle, est inoubliable : « *C'était tellement douloureux* », lorsqu'elle a commencé à reprendre conscience et à ressentir les effets après la disparition de l'anesthésie.

Le troisième jour, on lui a retiré la sonde urinaire, mais elle n'avait pas le courage d'aller aux toilettes. Après plusieurs heures, ne pouvant plus se retenir, elle y est allée avec l'aide de son mari et de l'infirmière. Elle n'osait pas s'asseoir sur les toilettes tant la douleur était intense. Ce n'est qu'au quatrième jour qu'elle a commencé à ressentir un léger soulagement.

« Je n'avais qu'une envie : rentrer chez moi. »

À cette époque, en 2008, la rémunération pour une GPA était de 250 000 roupies ; elle a reçu 48000 roupies supplémentaires. Après la GPA, elle s'est d'abord rendue chez le bijoutier pour récupérer les bijoux qu'elle avait mis en gage. De retour à la maison, elle a remis à son mari le montant restant, soit 180 000 roupies.

Cette somme n'était pas suffisante pour acheter une maison ; ils l'ont donc placée sur un dépôt à terme. Ce n'est qu'après la seconde GPA qu'ils ont pu acheter la maison dans laquelle ils vivent actuellement et la rénover.

Bénéfice financier

« C'était bien, dit-elle, parce que la vie de beaucoup de personnes est maintenant "réglée". J'ai trouvé que c'était bien ; même si j'avais eu de l'argent, je serais quand même allée en gagner davantage » (elle rit).

Elle a acheté un terrain et y a fait construire une maison. En outre, son mari lui a demandé de lui acheter un autorickshaw, ce qu'elle a fait. Elle a également acheté une voiture d'occasion, payée par mensualités.

Comme Nitya, elle a construit trois étages sur une très petite parcelle. Le rez-de-chaussée, donnant sur la route, est loué comme commerce. L'étage supérieur est loué à une famille. Elle a aussi acheté un autorickshaw pour son mari. Celui-ci se contentait de se promener avec le véhicule ; elle lui a donc dit : « *Promène-toi où tu veux, mais rapporte-moi un minimum chaque jour.* »

N'y parvenant pas, elle a confié l'autorickshaw à une autre personne, qui le conduit et lui verse une part quotidienne. Son mari travaille désormais dans une boutique et gagne **300 roupies par jour**.

Elle est très fière d'avoir construit cette maison avec son argent : « *C'est moi qui ai fait cette maison* » (elle rit).

Lorsqu'ils se disputent, elle demande à son mari de sortir : « *C'est ma maison.* »

Elle jette parfois des déchets alimentaires dans la voiture ; lorsqu'il la supplie de ne pas salir le véhicule, elle lui répond : « *La voiture est à moi. C'est moi qui paie la mensualité (EMI¹⁶). Je fais ce que je veux.* »

Lors de chaque dispute, elle le pique avec ce type de remarques.

Son propre enfant après la GPA

« *Je voulais moi-même un garçon, alors je ne suis pas retournée immédiatement pour une autre GPA. Sans fils, à quoi me servirait tout cet argent ?* »

Après une fausse couche survenue lors d'une GPA, elle était très inquiète quant à sa capacité à avoir son propre enfant. Finalement, après sept ans d'essais, sa grossesse a évolué favorablement et elle a donné naissance à un garçon.

« *J'étais tellement heureuse. Aujourd'hui, mon fils a sept ans* », révèle-t-elle, exprimant ainsi sa forte aspiration à avoir un fils.

Elle a eu son second enfant par césarienne. Le Dr Nisha avait une règle selon laquelle la clinique n'acceptait pas de femmes ayant déjà subi **deux césariennes** ; elle ne pouvait donc plus retourner dans cette clinique.

¹⁶ EMI (Equated Monthly Instalment) désigne une *mensualité fixe*, correspondant au montant payé chaque mois par un emprunteur à un prêteur, à une date déterminée du calendrier.

L'agente Narmada tentait pourtant de la convaincre de revenir pour une nouvelle GPA avant qu'elle n'ait un second enfant. Elle lui avait assuré que, si une troisième césarienne était nécessaire pour son propre accouchement, elle l'arrangerait dans une autre clinique. Or, la clinique Asha refuse strictement de recruter des mères porteuses ayant déjà subi deux césariennes.

Cette promesse de l'agente de GPA montre qu'il s'agit d'une activité lucrative, dans laquelle la vie et la santé des femmes passent au second plan par rapport à l'objectif de profit.

Banu a répondu à Narmada : « *L'argent va et vient, mais moi je veux un fils.* »

Relation avec les parents commanditaires

Les parents commanditaires étaient noirs, Africains ; leur nom était Ola, si bien que tout le monde dans la maison de mères porteuses a commencé à l'appeler ainsi.

Ils ont apporté des cadeaux à tout le monde à la clinique. Ils ont acheté des vêtements, y compris pour la nounou qui s'occupait des enfants. Les bébés étant nés en bonne santé, ils ont acheté quatre ensembles de vêtements pour elle. Ils ont également offert des vêtements au personnel de la clinique. Ils ont versé 48 000 roupies supplémentaires, remises au Dr Nisha.

Elle n'a **plus eu aucune relation** avec ces parents commanditaires après la GPA. Lorsqu'elle s'est sentie plus en confiance avec moi, elle a révélé qu'elle aurait voulu garder le contact, mais qu'eux n'en voulaient pas. Ils ne lui ont même pas montré les bébés.

Après la confirmation positive du transfert embryonnaire, leur comportement est devenu très égoïste — un égoïsme centré sur l'enfant :

« Tant que tu portes l'enfant, ils entretiennent une très bonne relation ; après la naissance, ils deviennent : “qui es-tu ?” Il vaut mieux garder ses distances pour préserver sa dignité. Je ne veux pas leur courir après. »

Pendant la grossesse, ils l'appelaient constamment : « Comment vas-tu ? As-tu mangé ? Mange ceci, l'enfant sera heureux ; fais cela, l'enfant sera heureux ; lis des livres religieux, ce sera bon pour l'enfant », etc.

Elle poursuit, visiblement irritée : « *Après ça, ils ne veulent même plus nous reconnaître. Ils n'entrent même pas dans la salle de césarienne. Ils ne veulent pas voir dans quel état ils ont mis une femme. Rien que d'en parler maintenant, ça me met en colère.* »

J'ai alors demandé à Nitya (MP4), qui écoutait la conversation, si elle ressentait la même chose. « *C'est toujours la même histoire, mais on ne peut pas tout dire dès la première rencontre* », a-t-elle répondu.

Banu a continué, sans s'arrêter : « *Ce que je dis, c'est qu'ils devraient avoir un minimum d'humanité. Se dire : “Nous avons laissé la mère porteuse dans un état terrible.” On nous ouvre le corps pour sortir les enfants. Au moins pendant deux jours après l'accouchement, ils pourraient venir, ne serait-ce que pour nous demander comment nous allons, si nous sommes bien soignées. Mais ils s'en moquent. Une fois l'enfant entre leurs mains, leur attitude devient : “qui es-tu ?”* »

Elle ajoute qu'après le résultat positif du transfert embryonnaire, leur attitude était différente : ils se concentraient entièrement sur elle et l'appelaient tous les jours pour savoir ce qu'elle faisait.

Elle s'est interrompue un instant ; j'ai eu l'impression qu'elle commençait alors à évoquer des choses qu'elle n'avait pas prévu de me dire. Son ton a changé :

« Je ne recommanderais cela à personne. Nitya l'a fait, moi aussi, et ensuite je me suis retrouvée aspirée dans un tourbillon dont je n'ai pas pu sortir facilement. »

Elle a conclu : *« J'ai perdu une demi-heure en venant ici. Je ne voulais pas venir ; c'est Nitya qui m'a convaincue de participer à cet entretien. »*

Stigmatisation sociale

Elle a de nouveau tenu à préciser que son nom ne devait pas être révélé, car ses beaux-parents ignorent qu'elle a eu recours à la GPA. Je lui ai demandé comment elle avait réussi à leur cacher cette information et nous avons poursuivi l'entretien. De manière surprenante, à partir de ce moment-là, elle a parlé pendant une demi-heure supplémentaire, révélant beaucoup plus d'éléments sur son expérience de la GPA ainsi que sur celle de Nitya.

Elle et son mari ont dit à ses beaux-parents qu'elle se trouvait en Israël. Elle les a préparés en expliquant que ses démarches de visa étaient en cours. Tout le monde sait que les employées de maison qui partent travailler à Dubaï, en Arabie saoudite ou en Israël ne peuvent pas revenir avant au moins un an. Lorsqu'elle est revenue avec beaucoup d'argent, personne n'a soupçonné autre chose.

Son beau-père est décédé pendant qu'elle se trouvait dans la maison de mères porteuses. Personne ne s'attendait à ce qu'elle revienne, bien qu'elle se trouvât dans une maison de mères porteuses située dans la même ville.

Elle m'a ensuite révélé qu'elle avait réalisé une autre GPA, supplémentaire.

Sa seconde GPA

Après la première GPA, elle s'est rendue dans une autre clinique à Anand. Un couple lié à cette clinique a commencé à la harceler pour qu'elle accepte une GPA. La clinique souhaitait qu'elle utilise ses propres ovocytes, la mère commanditaire ayant plus de 50 ans et ne pouvant pas fournir d'ovocytes. Le couple était Patel et la voulait spécifiquement parce qu'elle appartenait elle-même à la communauté Patel. Ils ont insisté et l'ont poursuivie sans relâche, jusqu'à ce qu'elle accepte d'essayer.

Le couple venait de Balasore. Elle n'est pas tombée enceinte lors de la première tentative, puis ils l'ont de nouveau sollicitée pour une seconde tentative. Elle pensait que, si cela échouait encore, elle prendrait les 25 000 roupies prévues et rentrerait chez elle. Mais la seconde tentative a réussi et elle a dû mener la grossesse à terme. Il s'agissait de sa troisième césarienne, et elle a donné naissance à un garçon.

L'homme a continué à l'appeler de façon répétée même après la naissance ; elle a fini par le bloquer dans son téléphone. Il s'agissait d'un couple âgé : l'homme avait 60 ans et la femme 55 ans. Le couple avait déjà trois filles, mais souhaitait absolument avoir un garçon. À chaque tentative, seul un embryon mâle était transféré de manière sélective dans son utérus.

Leurs filles étaient mariées et avaient leurs propres enfants. Ils lui ont versé 12 000 roupies pour l'ovocyte et 22 000 roupies pour le transfert embryonnaire, ce qui l'a conduite à répéter la tentative après le premier échec. Comme il s'agissait d'une GPA traditionnelle, il n'y a pas eu de procédure de FIV, ni d'injections ou de médicaments, ce qui rendait cette option plus acceptable pour elle.

Lors de la première tentative, ils lui ont loué un logement et l'ont laissée seule. Lors de la seconde tentative, ils sont restés en permanence devant elle pendant quatre semaines. Ils ne la laissaient pas aller seule aux toilettes, ni y rester longtemps. Si elle toussait, ils lui demandaient de tenir son ventre.

« Ne te lève pas, ne te lève même pas pour prendre la télécommande de la climatisation. »

Même lorsqu'elle se levait, ils se plaignaient auprès de la clinique. Jusqu'à l'obtention du résultat, ils étaient constamment sur son dos. Ils ne la laissaient même pas parler à son mari :

« Ne parle pas maintenant, tu parleras quand tu auras le résultat. »

Elle explique :

« J'en avais tellement assez pendant ces quinze jours que je me disais que, si le résultat était négatif, je m'enfuirais chez moi avec l'argent. Mais malheureusement, le résultat a été positif et j'ai dû aller jusqu'au bout de la GPA. »

Cette GPA traditionnelle a eu lieu **après la naissance de son fils, il y a deux ans, en 2016**. Il s'agissait de sa **troisième césarienne**.

Impact physique de la GPA

Banu explique :

« Nous sommes au début de la trentaine et nous ne sommes déjà plus capables de faire des travaux pénibles, parce que nous avons reçu tellement d'injections dans les bras et les hanches. »

Relations conjugales après la GPA

Malgré les problèmes physiques, elle reconnaît qu'ils ont un peu d'argent. Mais elle insiste surtout sur l'impact de la GPA sur les relations familiales :

« Quand nous sommes enfermées dans la maison de mères porteuses pendant un an, le mari qui était droit devient tordu (comme un jalebi¹⁷). Ils commencent à avoir des relations extraconjugales. »

Elle se demande si, finalement, l'argent valait la peine ou s'il n'aurait pas mieux valu garder son mari auprès d'elle :

¹⁷ Jalebi : pâtisserie indienne en spirale, frite et trempée dans un sirop sucré.

« Si nous n'avions pas fait de GPA, ces hommes seraient restés avec nous. »

Elle donne l'exemple de son propre mari, qu'elle estime « gâté » par l'argent :
« Il a des aventures, il emprunte de l'argent partout. Je ne peux ni le mettre dehors, ni le garder à la maison. »

En parlant de Nitya, elle ajoute :

« Regarde Nitya, c'est la même histoire. Pendant qu'elle était dans la maison de mères porteuses, son mari est tombé amoureux d'une autre femme, a dépensé l'argent mensuel qu'il recevait pour cette femme, puis il l'a quittée. »

Elle explique que son mari s'est habitué à dépenser de grosses sommes et contracte sans cesse des emprunts. Des prêteurs viennent régulièrement à son domicile réclamer le remboursement. Elle a perdu tout l'or qu'elle possédait ; ses dépôts à terme ont été liquidés.
« C'était mieux quand il gagnait peu et faisait vivre la famille ; maintenant, tout le poids financier repose sur mes épaules. »

Elle a également fait de très nombreux dons d'ovocytes — « incalculables », dit-elle. Chaque fois qu'elle a besoin d'argent supplémentaire, elle y a recours. Pendant trois ans, elle n'a plus participé à aucun « marché du corps » ; puis, face à un endettement profond, elle et Nitya ont recommencé le don d'ovocytes.

Elle rit, commence à mâcher du pan parag¹⁸. Je lui ai conseillé d'éviter cette habitude et de prendre soin de sa santé. Elle m'a répondu : *« Mon mari s'est dégradé, pourquoi est-ce que moi je devrais rester "sage" et prendre soin de moi ? »* Puis elle est partie, sans ajouter un mot.

¹⁸ D'un point de vue sanitaire, le pan masala contient des substances comme le tabac ou la noix d'arec avec de la chaux (gutkha), très nocives pour la santé et pouvant notamment entraîner des cancers.

ANNEXE 2 : Photos

Photo 6: Madhuri (SM1) Preparing Tea in her Kitchen



Photo 7: Madhuri's (SM1) Surrogacy Children



Photo 8: Dr Sheela and Gracy (SM2)



Photo 9: Sarala (SM3) in Parul's House



Photo 10: Mercy's (SM8) Surrogacy Babies



Photo 11: Ujwala (SM9), Dr. Sheela and Deepti (SM10)



Photo 12: Charu (SM11) and her husband in front of their Collapsed house.



Photo 13: Dr Sheela speaking to Charu (SM11) and Vedha in Charu`s newly built house



Photo 14: Vedha (SM19), Dr Sheela, Kaavya (SM12) and Sarala (SM3) at Kaavya`s House



Photo 15: Kaavya`s (SM12) Surrogacy Child



Photo 16: Kaavya (SM12) and Vedha`s (SM19) reconstructed House



Photo 17: Gayatri (SM 13) and her daughters



Photo 18: Dimpy (SM15) and her husband



Photo 19: Dimpy`s Surrogacy Baby Amita



Photo 20: Padma (SM18), Sarala (SM3) and Ujwala (SM9)



Photo 21: Kamala (SM22) and her Mother



Photo 22: Dr Sheela with Manjula (SM23)



Photo23:Radha (SM28)



Photo 24: Saadia (SM30) Living in a Shanty



Photo 25: Saadia (SM30), her household children and Dr. Sheela



Photo 26: Saadia's (SM35) Surrogacy Babies



Photo 27: Kalpika (SM32)



Photo 28: Sneha`s (SM35) Surrogacy Baby



Photo 29: Sneha (SM35) and Dr. Sheela



Photo 30: Sneha (SM35), Sarita Dr. Sheela and Sarala at Sarita`s House



Photo 31: Sarita`s (SM36) Surrogacy Baby

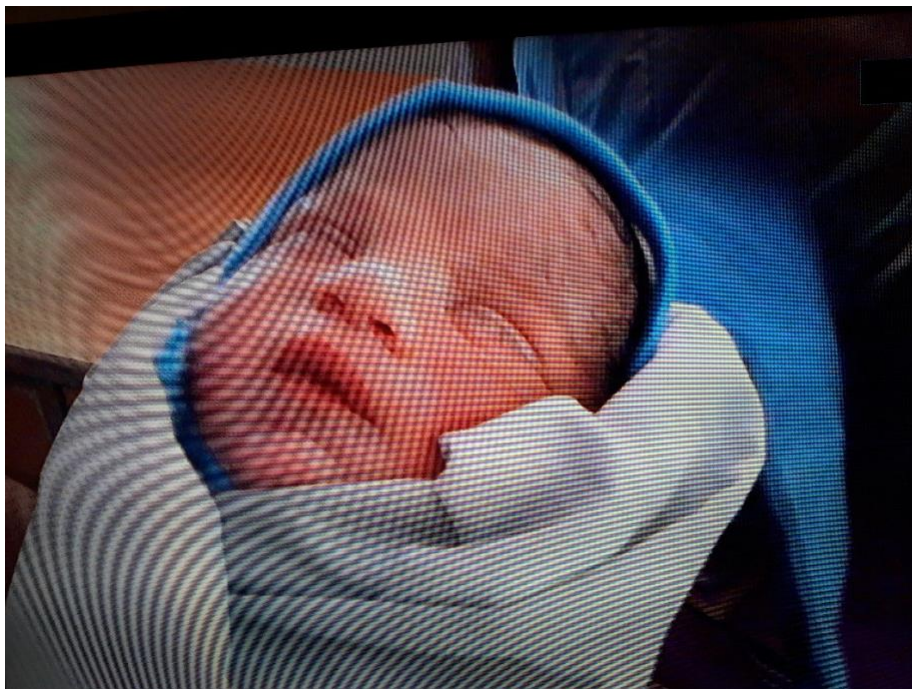


Photo 32: Madeeha (SM39) and Sarala (SM 3)

