

Frédéric Supiot

Au delà de l'argument de l'égalité des droits entre femmes hétérosexuelles et homosexuelles, qui a déjà été développé ailleurs par d'autres mieux que moi, et de la gestation pour autrui, qui pose des questions éthiques redoutablement complexes, je voudrais me concentrer sur ce qui est l'objet de notre commission, à savoir la santé, à la fois celles des couples concernés, celles des enfants, et dans ses aspects assurance-maladie.

L'insémination artificielle avec donneur (IAD) n'est de mon point de vue pas un traitement médical, c'est une ressource de dernière ligne lorsque les traitements médicaux de la stérilité ont échoué (1) permettant à des couples stériles ou porteurs d'anomalies génétiques ou immunologiques d'avoir une famille. Il n'y a pas d'indication médicale d'insémination artificielle dans le sens strict du terme. Et quand bien même, "à partir du moment où un médecin intervient, c'est médical", on peut tout aussi bien considérer qu'un couple lesbien souffre d'une infertilité dans le même sens qu'un couple hétérosexuel infertile. C'est par ailleurs bien le monopole du médecin d'appliquer l'IAD à une femme en bonne santé, dont le compagnon est stérile.

Le devenir des enfants ainsi conçus est une question fondamentale et il doit être pris en compte mais s'il est virtuellement impossible d'établir des critères de prédiction de l'avenir d'un enfant, on peut néanmoins affirmer qu'il existe une série d'exigences fondamentales à remplir : satisfaction de leurs besoins physiologiques et matériels, capacité à créer des liens, savoir trouver le juste milieu entre l'attachement et la recherche de l'indépendance et ressentir l'amour, la protection et la valorisation que lui apportent ses parents.

L'absence de père n'est pas l'apanage des enfants de couples lesbiens : l'image masculine peut très bien être représentée par une autre personne que le père et c'est surtout l'amour que se portent les deux parents qui compte, l'enfant s'émancipant d'autant mieux qu'il sait que ses parents ont une vie en dehors de lui ou elle.

En pratique, des études pré-PMA dans les années 70-80 ont bien démontré que le fait d'être élevé par deux parentes homosexuelles n'ont pas mis en évidence d'excès de pathologies psychiatriques, de troubles d'apprentissage, de modification dans l'acceptation du genre ou de l'orientation sexuelle (2,3,4,5) : ("l'homosexualité n'est pas une maladie et ne se transmet pas"). Il est aussi pertinent de noter que ces enfants ont significativement moins de difficultés que ceux élevés par des mères célibataires, pour l'immense majorité d'entre elles hétérosexuelles (5). Il faut aussi signaler que la majorité des études qui comparent le devenir des enfants élevés par une femme seule à ceux élevés par deux parents ont pointé le facteur social et le facteur séparation/divorce comme étant les principaux facteurs de différence entre les deux modes (6). Le seul facteur différenciant ces enfants devenus adultes d'enfants élevés par des parents hétérosexuels semble être une tendance à se souvenir de moqueries sur leur appartenance sexuelle, supposée homo, en particulier chez les garçons (7).

Les études menées depuis l'ère PMA, avec des enfants élevés "depuis le début" par des couples lesbiens ont largement confirmé ces premières études (8,9,10,11,12,13), voire ont montré que l'interaction parent-enfant de mère lesbienne était de meilleure qualité (9,10,11), que la mère non-biologique était plus concernée par les activités de soin de l'enfant (en ce compris l'autorité) que le père dans une famille hétérosexuelle (9,10)...

On peut arguer que l'anonymat du donneur pourrait entraîner un trouble de perception de l'identité de l'enfant qui ne connaîtra jamais son père biologique afin de préserver la famille (menace du parent biologique à l'égard du parent non-biologique), les médecins ou encore les donneurs eux-mêmes. Pour répondre à une partie de ces objections, certains centres offrent la possibilité aux donneurs d'être anonymes ou identifiables, comme à Leyden, aux Pays-Bas (14).

Dans l'hôpital où je pratique la neurologie depuis 1998 (Erasmus), la PMA/IAD est appliquée par l'unité de fertilité du service de gynécologie-obstétrique aux couples lesbiens depuis 1988(!). Ces couples apparaissent ordinaires, avec des rôles clairement déterminés, des périodes moyennes de vie conjugale de plus de 5 ans, une intégration familiale, sociale et professionnelle bonne et un entourage composé de beaucoup plus d'hétérosexuels que d'homosexuels (pas de ghettoïsation). Conscientes de la nature particulière de leur projet, elles ont toutes l'intention d'expliquer à l'enfant leur décision à un moment donné (le plus souvent quand l'enfant commence à aller à l'école), avec volonté préalable d'incarnation d'une figure considérée comme paternelle (dans le sens de "gender role") soit par la mère non-biologique (le plus souvent), soit par un "parrain". Elles ne souhaitent pas "trouver un mec qui.." pour différentes raisons, dans l'ordre : ne pas briser la fidélité du couple, ne pas vouloir de relation sexuelle avec un homme, ne pas introduire une tierce personne dans le projet de couple, de peur des MSTs (1)...

Pour terminer et pour info, l'assurance-maladie belge intervient dans l'acte d'insémination et la préparation de sperme mais pas dans le recours à un sperme de donneur qui est entièrement à charge de la patiente (quelle que soit son orientation sexuelle). Ceci me paraît relever du bon sens. Par ailleurs, j'attire votre attention sur le fait que le remboursement de l'assurance-maladie concerne aussi la contraception, l'IVG et la grossesse, qui ne sont pas des maladies. Le coût d'une telle prise en charge ne m'est pas précisément connu mais me semble être négligeable par rapport au déficit structurel du budget de l'assurance-maladie.

Frédéric Supiot, neurologue ULB

Bibliographie

- (1) Englert Y. Artificial insemination of single and lesbian women with donor semen *Hum Reprod* 1994;9:1969-71
- (2) Green R. Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents *Am J Psychiatr* 1979;135:692-97
- (3) Hoeffler B. Children's acquisition of sex-role behavior in lesbian-mother family *Am J Orthopsychiatr* 1981;51:536-41
- (4) Kirkpatrick M. et al. Lesbian mothers and their children : a comparative survey *Am J Orthopsychiatr* 1981;51:549-51
- (5) Golombok S. et al. Children in lesbian and single-parent households : psychosexual and psychiatric appraisal *J Child Psychol Psychiatr* 1983;24:551-72
- (6) Svanum S. et al. Father absence and cognitive performance in a large sample of six- to eleven-year old children *Child Devel* 1982;53:136-143
- (7) Tasker F. et al. Adults raised as children in lesbian families *Am J Orthopsychiatr* 1995;65:203-15
- (8) Patterson CJ et al. Families of the lesbian baby-boom : parent's division of labour and children's adjustment *Dev Psychol* 1995;31:115-22
- (9) Flaks D. et al. Lesbians choosing motherhood : a comparative survey of lesbian and heterosexual parents and their children *Dev Psychol* 1995;31:105-14
- (10) Brewaeys A. et al. Donor insemination : child- and family-development in lesbian mother families with children *Hum Reprod* 1997;12:1349-59
- (11) Baetens P. et al. Lesbian couples requesting donor insemination : an update on the knowledge with regard to lesbian mother families *Hum Reprod Update* 2001;7:512-19
- (12) Jadva V. et al. The experience of adolescents and adults conceived by sperm donation : comparisons by age disclosure and family type *Hum Reprod* 2009;24:1909-19
- (13) Golombok S. et al. Children raised in mother-headed families from infancy : a follow-up of children and single heterosexual mothers, at early adulthood *Hum Reprod* 2010;25:150-7
- (14) Pennings G. The 'double-track' policy for donor anonymity *Hum Reprod* 1997;12:2339-44