

Questionnements préalables sur le sens et les conséquences relatives aux demandes d'IAD chez les couples lesbiens

Monique Houmont

Constituée au départ, afin de répondre à une demande d'enfant chez des couples hétérosexuels dont le conjoint masculin était infertile, la banque de sperme de l'ULG rencontre aujourd'hui, et de manière de plus en plus importante, des demandes dites "paradoxaes". En Belgique, nous avons navigué, pendant des années, en l'absence de toute législation, face à des demandes d'IAD émanant de femmes seules ou vivant en couple homosexuel, abandonnant ainsi le soin d'accepter ou de refuser ces demandes à la seule responsabilité des centres de PMA et aux comités de bioéthique dont ils dépendent.

Lors de la création du centre en 1973 à Liège, comme au cours de son évolution, l'optique de travail n'était pas nécessairement celle-là.

Pour notre part, avant toute mesure législative, il nous est toujours paru tout aussi contestable d'interdire par voie légale, de façon discriminatoire, l'accès à l'IAD à des femmes ayant fait un certain choix de vie, tout en soutenant que ce choix ne relève pas toujours d'une volonté consciente, que d'obliger un médecin à appliquer cette technique dans une situation qu'il juge inacceptable.

Depuis le 6 Juillet 2007, les Chambres ont avalisé la proposition de Loi relative à la PMA et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes.

Cette Loi autorise tout auteur de projet parental, qu'il soit homme ou femme, célibataire, en couple homosexuel ou hétérosexuel, à recourir à une PMA. L'âge maximal pour un premier prélèvement de gamètes chez un femme est de 45 ans.

En son article 5, la Loi précise :

« Que les centres de fécondation doivent faire preuve de la plus grande transparence quant à leurs options en ce qui concerne l'accessibilité au traitement. Ils ont la liberté d'invoquer une clause de conscience à l'égard des demandes qui leur sont adressées.

« Les centres de fécondation doivent avertir le ou les demandeurs de leur refus de donner suite à la demande et ce, dans les deux mois qui suivent la décision du médecin consulté. »

Ce refus est formulé par écrit et indique obligatoirement :

- Soit les raisons médicales de ce refus ;
- Soit l'invocation de la clause de conscience qui amène le centre, lorsque l'un ou les demandeurs en expriment le souhait, et s'engage à donner les coordonnées d'un autre centre de fécondation où ils peuvent s'adresser.

L'évolution rapide de ces demandes, tant en quantité qu'en variété de contenus, assortie de l'absence de repères quant aux conséquences éventuelles de ces techniques nous plongent dans un monde fait de plus de questions que de réponses.

Ces questions, encore incomplètes, je vous les livre ici et souhaite les partager avec vous, bien que la littérature nous ait déjà éclairés sur certains aspects.

La banque de sperme fut créée en 1973 et fait partie du CPMA de l'ULG. Les premières demandes émanant de femmes homosexuelles datent du début des années 80. Marginales à l'époque, elles représentent aujourd'hui la part majoritaire de l'activité de la banque de sperme, d'autant plus que les indications masculines du recours à l'IAD se sont considérablement réduites avec le développement des FIV-ICSI assortis de prélèvement testiculaire de spermatozoïdes et de spermatides.

Voici quelques indications statistiques, sur le travail réalisé ces deux dernières années.

Pour l'année 2007, le nombre total d'IAD réalisées (homosexuelles et hétérosexuelles confondues) est de 340.

Ces IAD ont été réalisées auprès de :

- 35 patientes homosexuelles belges soit 53%
- 0 patiente célibataire belge (ce chiffre s'explique soit par un refus ou un

abandon de la demande)

- 252 patientes homosexuelles françaises, soit 92%
- 13 patientes célibataires françaises soit 4,7%

L'estimation pour l'année 2008, sur base des traitements réalisés de Janvier au 15 septembre 2008 est la suivante :

- 37 patientes homosexuelles belges, soit 60,4%
- 6 patientes célibataires belges soit 10,4%
- 278 patientes homosexuelles françaises soit 90,3%
- 22 patientes célibataires françaises soit 7,1%.

A titre informatif, le nombre d'IAD réalisées chez des couples hétérosexuels, fut, pour 2007 de 47% pour les couples belges et de 2,6% pour les couples français. L'estimation pour l'année 2008, dans la même configuration est de 29,2% pour les couples belges et de 2,5% pour les couples français.

Preuve est donc donnée que la majorité des traitements s'adresse donc à des configurations familiales se situant hors hétérosexualité.

Je précise donc bien, avant de conclure ce volet statistique, qu'il s'agit bien du nombre de patientes inséminées lors de ces deux années et non du nombre de patientes prises en charge. Un certain nombre d'entre elles ont été, soit refusées, soit postposées soit ont abandonné d'elles-mêmes ce type de traitement ou, pour 2008 n'ont pas encore fait l'objet d'une appréciation pluridisciplinaire.

Parallèlement aux consultations médicales, des consultations psychologiques sont systématiquement proposées aux patientes concernées par ces demandes alternatives. Ces entretiens sont intégrés dans un schéma d'examen et peuvent prendre, pour les patientes, l'allure d'un passage de douane délivrant un certificat d'aptitude à la parentalité. La fonction du psychologue est ici déviée de sa fonction initiale qui est de favoriser une expression libre des affects, des expériences, des désirs sans crainte de jugement. Nous sommes très conscients de cet aspect et des informations parfois lacunaires ou tronquées que nous recevons, malgré l'expérience acquise et les efforts réalisés en faveur de la mise en place d'un espace de parole et d'écoute le plus libre possible.

Dans certaines situations où les doutes sont trop apparents, plusieurs consultations sont proposées dont certaines sont réalisées dans le pays d'origine des patientes.

Des réunions pluridisciplinaires sont alors mises en place afin de réfléchir ensemble aux situations qui nous sont proposées, dans un souci de clarté, d'objectivité, de partage des avis différents et d'évitement, autant que faire se peut, des appréciations subjectives. Une décision collégiale est prise

ensuite, au cas par cas, quant à la suite à donner aux différentes requêtes et transmises aux patientes dans les deux mois.

Lors des entretiens psychologiques, notre attention est principalement attirée par la conscientisation de la démarche, par la réflexion articulée autour de l'enfant, de son évolution, de sa construction psychique dès lors qu'il est conçu dans une configuration familiale différente des normes coutumières.

Les questions abordent, chez les patientes homosexuelles, l'historique de la relation et l'historique du désir d'enfant, à savoir :

- L'une et l'autre membre du couple ont-elles toujours connu un parcours homosexuel ou ont-elles vécu des expériences hétérosexuelles antérieurement ?
- Le désir d'enfant est-il le fait d'une des deux partenaires ou des deux partenaires alternativement et pourquoi ?
- Ce désir d'enfant est-il antérieur à la relation homosexuelle actuelle comme tout désir construit dans l'enfance, dans l'écheveau des relations familiales ?
- Est-il apparu ou a-t-il été activé dans le cadre de la nouvelle relation amoureuse ?
- Représente-t-il un ciment, un élément solidifiant leur investissement affectif réciproque et favorisant une reconnaissance sociale de ce lien ?

Des questions abordent aussi leur histoire personnelle, à l'une comme à l'autre :

- Dans quelle configuration familiale ont-elles grandi ?
- Comment les familles respectives ont-elles réagi à leur choix sexuel ?
- Sont-elles au courant du projet d'enfant et comment envisagent-elles leur inscription dans ce projet ?

Et surtout, quelles questions se posent-elles à propos de cet enfant ?

- Pourquoi ont-elles choisi l'IAD plutôt que le recours à un donneur connu ou à celui de la co-parentalité ?

Différence est faite et clairement exprimée entre leur désir d'enfant, teinté, comme chez tout un chacun, de valorisation ou de réalisation narcissique, et la réalité de cet enfant, la réalité de son existence à lui, de ses besoins propres, étrangers aux préoccupations personnelles de ces patientes.

Comment réfléchissent-elles, à ce stade, à l'évolution d'un enfant conçu dans un contexte lesbien, donc sans père et sans aucune représentation d'image paternelle tant dans le chef de la mère biologique que dans celui de

la co-parente ?

Comment cet enfant va-t-il construire son identité et son identité sexuée entre deux mères ? Comment va-t-il se situer dans le cadre de ses relations sociales, face au regard des autres ?

Pour cet enfant, trois éléments, combien importants, seront manquants pour la construction de son identité d'être humain :

- Une fonction paternelle, absente depuis sa conception jusqu'à sa mort, sans aucune représentation mentale dans le chef ni de sa mère, ni de sa co-parente.
- Toujours dans les cas d'IAD, l'absence de tout repère généalogique en ce qui concerne le géniteur masculin, et ce, en raison de la clause d'anonymat conclue avec le donneur. De plus, depuis la passation de la Loi, chaque centre a le droit de permettre la mise en route de 6 grossesses, donc la naissance de 6 enfants issus du même donneur. Celui-ci a ou aura probablement des enfants. Donc un certain nombre d'êtres humains, conçus au sein d'une même génération, et répandus dans un sphère géographique couvrant le sud de la Belgique et toute la France, seront des demi-frères et sœurs génétiques, non apparentés, avec les risques, minuscules, il est vrai, de consanguinité ultérieure.
- L'évolution psychologique et identitaire de l'enfant, conçu dans un cadre familial qui fait abstraction de la différenciation sexuelle, même si des identifications masculines sont possibles, au travers des implications d'hommes (parrains, grands-pères, oncles) dans l'univers intime du couple.

Comment cet enfant va-t-il aménager toutes ces données ?

Comment va-t-il se situer dans une architecture familiale éloignée de la représentativité sociale ?

Dépourvue, en France, de toute reconnaissance légale, quelle place et quel rôle va pouvoir adopter la co-parente ?

Les patientes homosexuelles que nous recevons nous paraissent, dans une large majorité des cas, présenter un niveau de réflexion assez profond sur leur désir d'enfant et sur les conséquences de celui-ci. Leur démarche fait suite à un souci de stabiliser leur vie affective, matérielle et professionnelle afin d'offrir à l'enfant un cadre de vie sécurisant, accueillant et confortable.

La spécificité de leur choix sexuel et l'inscription de celui-ci dans leur univers social les a confrontées déjà à la critique et à la patience face au regard social. Il n'y a pas souvent de demandes axées sur l'urgence : le temps est déjà inscrit dans la gestion de leur cheminement. L'enfant est présent dans

leur discours, d'une manière claire et spontanée, attendu dans une famille au sens large, où parents, frères et sœurs respectifs, avertis du projet, se proposent de jouer chacun, le rôle qui leur est imparti. La place de la mère sociale se définit surtout en fonction de la qualité des liens tissés avec la future mère biologique, comme avec les membres représentatifs de la famille.

Une observation mérite ici d'être signalée. Dans les couples lesbiens rencontrés, bon nombre de patientes ont connu un parcours hétérosexuel avant de s'engager dans la voie de l'homosexualité, parcours hétérosexuel parfois assorti d'un mariage avec enfants. Cette nouvelle orientation est mise sur le compte du hasard ou de la qualité d'une rencontre qui semble avoir galvanisé leur énergie psychique et pulsionnelle.

Interrogées sur ce changement dans leur vie sexuelle, elles signalent, pour la plupart, que l'appartenance sexuelle de/ou de la partenaire est sans importance eu égard à la qualité de l'échange affectif et relationnel qu'elles ont construit. Le sexe de l'enfant à venir apparaît aussi dans leur discours comme sans importance. Cette indifférence apparente pour leur propre appartenance sexuelle comme pour celle de l'enfant pose question quant à la construction de l'identité sexuelle de ces patientes comme sur les répercussions de ce paramètre sur l'évolution de l'enfant.

Dans les situations que nous acceptons, toute notre attention est accordée à la manière dont les patientes se projettent dans une relation avec l'enfant, à l'importance qu'elles accordent à ses besoins à lui, à sa construction psychique, aux difficultés qu'un tel contexte est susceptible de générer chez lui.

Les situations ne répondant pas à ces critères appréciatifs sont, soit rejetées, soit post-posées.

Les études menées à ce jour sur le vécu psychoaffectif au sens large, d'enfants ayant grandi dans un univers homosexuel, mettent généralement en évidence l'absence de différences significatives, dans toutes les sphères de développement, par rapport aux enfants évoluant en milieu hétérosexuel. L'étude longitudinale, réalisée en Angleterre entre 1970 et 1990 par Fiona L. Tasker et Susan Golombok, de même que les travaux menés par Stéphane Nadaud, soulignent les capacités d'adaptation de ces enfants à leur situation et leur qualité d'évolution tant au plan scolaire que relationnel et social.

Bon nombre de ces études se sont penchées sur des enfants évoluant dans des familles homosexuelles dites « recomposées », mais ayant été conçus dans le cadre d'un couple hétérosexuel antérieur. Dans ce cas de figure, l'enfant dispose d'un père et d'une mère, séparés certes, mais exerçant, dans la plupart des cas, leur fonction parentale auprès de lui.

La question de l'évolution psychique d'un enfant, conçu et élevé sans aucune référence paternelle, dans la non différenciation sexuelle, ne sera probablement connue vraiment que dans plusieurs années, lorsque ceux-ci pourront exprimer les nuances de leur vécu. Je laisse donc à Stéphane Nadaud le soin d'aborder ce sujet s'il le souhaite.

Je ferai ici référence aux propos de Geneviève Delaisi de Paserval, lorsqu'elle dit, dans son dernier ouvrage : « L'enfant a besoin, pour se développer harmonieusement, de deux adultes, qui ont pu se constituer en parents, qui ont pu accomplir le travail psychique de la parentalité.(...) L'identité, le moi de l'enfant se forment dans le creuset de la vie psychique, relationnelle et sexuelle des adultes qui l'élèvent et sont responsables de lui. Ce qui est important pour un enfant, c'est de pouvoir se nourrir de la variété, et si possible de la qualité et de la richesse des échanges entre les parents. »¹

La présence régulière et significative d'un homme (parrain ou autre) dans l'univers de l'enfant paraît essentielle pour la construction de son identité individuelle et sexuée, surtout s'il s'agit d'un garçon.

Je ferai ici une brève incursion dans la problématique posée par les demandes d'IAD chez les femmes célibataires, car elles se montrent de plus en plus nombreuses. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de lien avec un autre être humain qui pourrait donner sens à une véritable prolongation de la relation. Dans leur discours, il n'y a aucune place pour un tiers, seulement pour une relation duelle mère-enfant, dépositaire souvent d'un espoir de réparation des blessures du passé.

Cet enfant issu d'elles, et d'elles seules, est attendu comme l'élément qui viendra donner sens à leur vie, vie souvent peu accomplie, entravée par les lourdeurs d'une famille envahissante ou par des amours contrariées. Certaines d'entre elles n'ont connu aucune vie amoureuse et, pressées par l'âge, se précipitent sur cette solution artificielle de procréation.

Ces situations entraînent de notre part, les plus vives réserves, en particulier lorsque l'enfant est attendu comme un «médicament» censé combler des manques qui ne le concernent pas. Il est ainsi privé de sa place légitime dans une famille triangulée et dans la succession des générations.

A ce stade, il nous paraît essentiel de nous poser des questions, d'émettre des réflexions et de tenter de les formuler toujours plus loin :

- Questions relatives au bien fondé de cette procédure, à notre manière d'agir, à la qualité de réflexion sur cette problématique ;

1. G. Delaisi de Parseval, *Familles à tout prix*, Paris, Seuil, 2008.

- Questions relatives aux conséquences de ces pratiques sur l'évolution psychique des enfants ainsi conçus comme sur l'évolution des repères parentaux qui se profilent aujourd'hui de plus en plus nettement.

Nous vivons dans une société où les limites naturelles, entre autres, sont de moins en moins acceptées et font le plus souvent l'objet d'une transgression. Marie Magdeleine Chatel a très bien développé cet aspect tout au long de son article. Elle dit notamment : « On se tourne vers la médecine toute puissante pour traiter le manque d'enfant ? Il est devenu possible de faire un enfant hors sexe, hors corps, au défi des lois du désir et du sexe, de faire l'enfant halluciné, l'enfant impossible en toute légitimité. »²

L'homosexualité, la trans-sexualité, le célibat sont, au plan pro-créatif, des situations par excellence infertiles. Les détenteurs de ces configurations familiales particulières se sont engouffrés dans la brèche ouverte, il y a plus de 20 ans, par la mise en route des PMA, visant à contourner la stérilité d'un couple.

La particularité ici est que l'assignation symbolique de la fonction parentale, maternelle et paternelle, donc différenciés sexuellement, est gommée au profit d'une construction parentale nouvelle, sans codification culturelle .

Le règne de l'individualisme propre à la fin du XX^e siècle et repris dès l'aube du XXI^e siècle, la revendication de l'épanouissement de chacun, dans toutes les sphères de l'existence, passent par une exigence du «droit» à l'enfant, par une volonté d'enfant, voire un besoin d'enfant qui risquent de faire oublier les *droits* légitimes de l'enfant.

Tout enfant se construit psychiquement, construit son identité, à travers la compréhension qu'il peut avoir de l'un et l'autre de ses parents, de la qualité de leur relation, de leur sexualité et de sa conception à lui qui en découle. Cela constitue la première pierre de sa structure psychique. Il comprendra ainsi progressivement les réalités de la vie, et la manière dont ces réalités donnent sens à la différence des sexes et à celle des générations.

Dans les situations qui nous occupent, un des pôles de la procréation est évacué. L'homme est réduit à une paillette de sperme.

A la différence des hommes homosexuels qui, dans des solutions de coparentalité, souhaitent une mère pour leur enfant, et qui ont besoin de son intervention, les femmes lesbiennes ou célibataires, en attente d'une IAD, ne

2. M. M. Chatel, *Malaise dans la procréation. Les femmes, la médecine et l'enfantement*, Paris, Albin Michel, 1998.

veulent pas de père pour leur enfant et le disent clairement. L'homme n'existe pas dans leur tête, ni dans leurs fantasmes, ni comme géniteur, ni comme père potentiel. Le recours favorisé par la Loi à un donneur connu apparaît seulement progressivement.

Le choix de l'IAD est d'ailleurs motivé par le souci d'éviter toute relation, de toute nature, entre père et enfant.

Comment l'enfant, issu de ces procréatiques, peut-il jongler avec tout cela ?

Préservé, peut-être, des risques de maltraitance ou de négligence, il sera confronté à une problématique d'un autre ordre, à une problématique identitaire et cela sans repère social ou culturel.

Comment va-t-il construire son identité, sans pouvoir jamais appeler quelqu'un «papa», sans recours possible à la moindre indication, dans les cas d'IAD, sur son géniteur, sur sa personnalité, situation voulue et décidée par celles qui ont voulu sa naissance et lui offrent, le plus souvent, un cocon familial structurant. ?

Comment va-t-il différencier ses deux «mères» alors qu'elles ont le même sexe et adoptent, à tour de rôle, les mêmes fonctions familiales au quotidien ?

Une fille et un garçon n'ont pas les mêmes besoins en matière de fonction parentale. Un petit garçon surtout, conçu et élevé dans un couple lesbien, s'inscrit par définition et dès le départ dans la différenciation sexuelle.

Comment va-t-il asseoir cette identité sexuelle sans confrontation quotidienne avec les données de la virilité tant physiques (voix, poils, sexe, muscles,..) que psychologiques ?

En guise de conclusion, nous ne pouvons qu'attirer l'attention sur les risques d'égarement de la pensée contemporaine, si elle fait fi des données différentielles sur lesquelles elle s'est construite depuis l'aube de l'humanité.

Françoise Héritier, dans son ouvrage *Masculin/féminin. Dissoudre la hiérarchie*, nous rappelle que toutes les civilisations se sont fondées sur la différence entre le masculin et le féminin et l'attribution des rôles sociaux entre les hommes et les femmes.

L'actuelle ambition de fabriquer du même, du semblable, à vouloir ignorer l'altérité, tentation totalitaire d'uniformisation (dont le point d'orgue serait représenté par le clonage) pourrait avoir pour conséquence la destruction progressive d'une créativité accessible à l'imprévu, garante d'une humanité digne de sens.

Seules les générations à venir pourront apporter un éclairage aux questions imprécises que nous formulons aujourd'hui.

Mais il nous appartient, à nous, professionnels de la santé, de maintenir au centre de nos préoccupations, cette part essentielle d'humanité et de poursuivre notre réflexion, afin de permettre aux générations qui nous suivent, de créer leurs propres repères et de construire un sens à leur existence.

Bibliographie

- Cadore A., *Parents comme les autres. Homosexualité et parenté*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Chatel M. M., *Malaise dans la procréation. Les femmes, la médecine et l'enfantement*, Paris, Albin Michel, 1998.
- Delaisi de Parseval G., *Familles à tout prix*, Paris, Seuil, 2008.
- Frejaville A., « De la scène primitive à l'homosexualité primaire », *Revue Française de psychanalyse*, 1, 1982, p. 43-61.
- Gross M., *Homoparentalités, état des lieux* (ouvrage collectif), Ramonville Saint Agne, Érès, 2005 .
- Héritier Fr., *Masculin/Féminin II Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Nadaud St., *Homoparentalité. Une nouvelle chance pour la famille ?* Fayard, Paris, 2002
- Tasker. F., Golombok S., *Grandir dans une famille lesbienne. Quel effet sur le développement de l'enfant ?* Issy les Moulineaux, ESF, 2002.