

**CONSEIL D'ORIENTATION**  
**SEANCE DU JEUDI 18 AVRIL 2013**

**DELIBERATION N° 2013-CO-13**

**OBJET : Réflexions sur l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes**

<b>Etaient présents :</b>	<b>Madame Danièle LOCHAK</b> , représentante de la Ligue des droits de l'homme
<b>Monsieur Patrick NIAUDET</b> , président du conseil d'orientation	<b>Etaient absents :</b>
<b>Monsieur Jean-Sébastien VIALATTE</b> , député	<b>Monsieur Jean-Louis TOURAINE</b> , député
<b>Monsieur Gilbert BARBIER</b> , sénateur	<b>Madame Ségolène NEUVILLE</b> , députée
<b>Monsieur Bernard CAZEAU</b> , sénateur	<b>Monsieur Philippe VIGIER</b> , député
<b>Madame Pascale FOMBEUR</b> , conseiller d'Etat	<b>Monsieur Jean-Louis LORRAIN</b> , sénateur
<b>Monsieur Pierre LYON-CAEN</b> , représentant de la commission nationale consultative des droits de l'homme	<b>Monsieur Alain MILON</b> , sénateur
<b>Docteur Jean-Marie KUNSTMANN</b> , expert scientifique spécialisé dans le domaine de la médecine de la reproduction et de la génétique	<b>Madame Frédérique DREIFUSS-NETTER</b> , conseiller à la Cour de cassation
<b>Docteur Jacqueline MANDELBAUM</b> , expert scientifique spécialisé dans le domaine de la médecine de la reproduction et de la génétique	<b>Professeur Jean-Louis VILDE</b> , membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
<b>Professeur Jean-Pierre JOUET</b> , expert scientifique spécialisé en hématologie	<b>Professeur Dominique BONNEAU</b> , généticien
<b>Professeur Jacques BELGHITI</b> , chirurgien en transplantation d'organes	<b>Madame Ingrid CALLIES</b> , conseillère pour l'Éthique
<b>Docteur Alain TENAILLON</b> , anesthésiste réanimateur	<b>Professeur Mohamad MOHTY</b> , hématologue
<b>Docteur Pierre LEVY-SOUSSAN</b> , médecin psychiatre	<b>Docteur Gérard SEYEUX</b> , médecin psychanalyste
<b>Monsieur Nicolas AUMONIER</b> , philosophe	<b>Madame Suzanne RAMEIX</b> , philosophe
<b>Madame Marie-Françoise BARATON</b> , représentante de la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux	<b>Monsieur Henri JOYEUX</b> , représentant de l'Union Nationale des Associations Familiales
<b>Monsieur Jean-François MALATERRE</b> , représentant de l'Association française contre les myopathies	<b>Madame Sylvie BUNFORD</b> , représentante de l'Association « AMPhore »
<b>Monsieur Bruno GAURIER</b> , représentant de l'Association des paralysés de France	

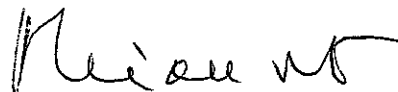
Le conseil d'orientation,

- Vu l'article L. 1418-4 du code de la santé publique, et
- l'article R. 1418-17 du code de la santé publique.

Adopte, à la majorité des membres présents, l'avis intitulé réflexions sur l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes, tel qu'il figure en annexe de la présente délibération.

Fait à Saint-Denis, le 18 avril 2013

Le président du conseil d'orientation  
de l'Agence de la biomédecine



Patrick NIAUDET

## Réflexions sur l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes

Avis du Conseil d'Orientation du 18 avril 2013

Le conseil des ministres du 7 novembre 2012 a adopté un projet de loi ouvrant le mariage et l'adoption aux couples de personnes de même sexe. Ce projet, en cours de discussion devant le Parlement<sup>1</sup>, a conduit à évoquer la possibilité d'un débat ultérieur sur l'accès des couples de femmes à l'assistance médicale à la procréation (AMP). Dans ce contexte, il a paru important au conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine de tenter de dresser une liste des questions qu'une telle ouverture soulèverait. En effet, la loi (art. L. 1418-1 du code de la santé publique) a donné compétence à l'Agence dans le domaine de la reproduction humaine. Son conseil d'orientation, réunissant des représentants de différentes instances et associations et des personnes qualifiées notamment dans les domaines médical et des sciences humaines et sociales, est chargé d'examiner la politique médicale et scientifique de l'agence au regard des questions d'ordre éthique susceptibles de se poser dans son champ de compétence (art. R. 1418-17). Compte tenu des profonds changements que l'ouverture de l'AMP aux couples de même sexe apporterait au cadre actuel de l'AMP, le conseil d'orientation a cru utile d'appeler l'attention du Gouvernement et du législateur sur un certain nombre de questions auxquelles il leur appartiendrait, le cas échéant, de répondre, étant rappelé que l'AMP ne repose pas en France, à la différence d'autres pays tels les Etats-Unis, sur des décisions purement individuelles, mais sur un choix collectif, validé par le législateur et s'exprimant dans la solidarité nationale, y compris celle des donneurs à l'égard des couples infertiles. Le conseil d'orientation ne souhaite pas prendre parti mais contribuer à soulever les interrogations utiles au débat.

### 1. Les interrogations relatives au principe de l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes

#### 1.1. La question du rôle assigné à la médecine

L'assistance médicale à la procréation a été conçue en France comme une réponse biomédicale à des situations pathologiques : elle s'adresse à des couples composés d'un homme et d'une femme, vivants, en âge de procréer et vise à remédier à leur infertilité, dont le caractère pathologique doit être médicalement diagnostiqué, ou, plus rarement, à éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité (art. L. 2141-2 du code de la santé publique).

Ouverte aux couples de femmes, l'assistance médicale à la procréation serait le moyen, pour deux femmes, indépendamment de toute pathologie connue, d'avoir un enfant par l'insémination artificielle de l'une d'elles, lui permettant de bénéficier des spermatozoïdes d'un donneur anonyme dans le cadre médicalisé et réglementé de l'AMP.

Cet élargissement des indications à des demandes sociales, et non plus exclusivement médicales, équivaut à modifier radicalement la manière dont l'AMP a été jusqu'ici appréhendée, ainsi que le cadre dans lequel les praticiens exercent leur activité. Ceux-ci

---

<sup>1</sup> A la date des délibérations du conseil d'orientation.

pourraient se percevoir, face à ces nouvelles indications, comme de simples prestataires de services.

On peut noter qu'en Belgique, où il n'existe pas de condition légale limitant l'accès à l'AMP, une « clause de conscience » peut être invoquée par les équipes médicales et les centres de fécondation peuvent refuser la prise en charge en AMP de couples de personnes de même sexe ou de femmes célibataires.

### 1.2. La question des conséquences pour l'enfant.

Le code de la santé publique prévoit que l'intérêt de l'enfant à naître doit être pris en considération avant toute AMP, l'équipe médicale pouvant à cette fin inviter les demandeurs à prendre un délai de réflexion supplémentaire (art. L. 2141-10).

Le choix d'ouvrir l'AMP aux couples de femmes impliquerait celui de donner à des enfants deux parents de naissance de même sexe. Les interrogations qui en résultent sont d'autant plus complexes qu'elles peuvent conduire à mettre en balance le désir, actuel et vérifiable, de couples de même sexe de devenir parents au même titre que les couples de sexe différent, avec des incidences, futures et difficilement appréciables, pour les enfants.

La question de l'appréciation des conséquences pour l'enfant est particulièrement délicate et fait l'objet d'importants débats. Si un certain nombre d'études ont été menées, elles se heurtent à des difficultés méthodologiques importantes et leurs conclusions sont controversées de part et d'autre<sup>234</sup>. En outre, le recul, en ce qui concerne la filiation, est limité<sup>5</sup>.

La filiation, qui est un élément essentiel de l'identité de chaque individu, repose aujourd'hui, tant sur les plans biologique que juridique, social et psychique, sur la différence des sexes et la succession des générations. Or la reconnaissance d'une double filiation maternelle ou « parentale » aboutirait à une dissociation complète des fondements biologique et juridique de la filiation d'origine. Par ailleurs, alors qu'aujourd'hui les tiers ne peuvent savoir qu'un enfant est issu d'un don de gamètes, l'enfant aurait un état civil mettant en évidence la fiction juridique sur laquelle reposerait sa filiation.

<sup>2</sup> Voir Brewaeys A, Ponjaert I, van Hall E, Golombok S. Donor insemination : child development and family functioning in lesbian mother families. *Hum. Reprod.*, 1997 ; 12 : 1349-1359; Chan RW, Raboy B, Patterson C. Psychological adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Child Dev.*, 1998 ; 69 : 443-457; Gartrell N, Deck A, Rodas C, Peyser H, Banks A. The national lesbian family study : 4. Interviews with the 10-year-old children. *Am. J. Orthopsychiatry*, 2005 ; 75 : 518-524; Golombok S, Badger S. Children raised in mother-headed families from infancy : a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum. Reprod.*, 2010 ; 25 : 150-157; Van Gelderen L, Bos HM, Gartrell N, Hermanns J, Perrin EC. Quality of life of adolescents raised by birth by lesbian mothers : the US national longitudinal family study. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 2012 ; 33 : 17-23.

<sup>3</sup> Pour une analyse critique : voir notamment Marks L., Same-Sex Parenting and Children's Outcomes: A Closer Examination of the American Psychological Association's Brief on Lesbian and Gay Parenting, Louisiana State University, Social Science Research, 41 (2012) 735-751.

<sup>4</sup> Voir également, pour une étude sur des adultes de 18 à 39 ans aboutissant à des conclusions différentes : Regnerus, M. How different are the adult children of parents who have same-sex relationships ? Findings from the New Family Structures Study, Mark Regnerus, Social Science Research, February 2012, 752-770.

<sup>5</sup> L'établissement d'un lien de filiation à l'égard de deux femmes a été rendu possible aux Pays-Bas par une loi du 8 mars 2001, au Royaume-Uni par une loi de 2002, au Québec par une loi du 7 juin 2002, en Belgique par une loi du 18 mai 2006, en Espagne par une loi du 15 mars 2007 ; aux Pays-Bas, au Royaume-Uni jusqu'en 2008 et en Belgique, le lien à l'égard de la femme qui n'a pas accouché est établi par voie de filiation adoptive seulement.

A cet égard, certains membres du conseil d'orientation invitent à s'interroger sur les conséquences qu'aurait le choix de priver l'enfant d'une filiation crédible au regard de la nécessité de pouvoir « s'originer » symboliquement et s'approprier cette filiation doublement particulière en cas de don de gamètes – sa conception reposant à la fois sur la dissociation entre sexualité et procréation et sur l'intervention d'un tiers au couple. Ils souhaitent également rappeler, sur le plan de l'éducation de l'enfant, que les interactions avec son père d'une part et avec sa mère de l'autre sont complémentaires et spécifiques et répondent à des besoins de l'enfant, en termes d'identification et de découverte de ses potentialités, qui varient en durée et en intensité au cours des différentes phases de son développement.

Plus largement, même si les modifications introduites par le législateur ne concernaient qu'un petit nombre de familles, ils estiment devoir soulever la question des incidences du choix qui serait fait par la collectivité de prévoir, de par la loi, la naissance d'enfants sans père, tant il est vrai que le droit a un rôle symbolique et structurant pour l'individu mais aussi pour la société. Il conviendrait, en particulier, de s'interroger sur l'existence d'un risque d'accréditer l'idée que la présence d'un père ne serait pas utile, à contre-courant des efforts faits pour préserver, y compris en cas de séparation des parents, le rôle tant du père que de la mère dans l'éducation de l'enfant.

D'autres membres du conseil ne partagent pas ces inquiétudes mais soulignent que, pour tout don de gamètes, une information de l'enfant sur son mode de conception est maintenant considérée comme indispensable à la construction harmonieuse d'un schéma familial différent de la norme. Le maintien de l'anonymat du donneur de gamètes n'implique en aucun cas le secret sur le mode de conception – qui ne peut, de fait, être gardé dans les couples de même sexe. Le fait que cette information soit donnée le plus tôt possible et l'importance que les parents soient conseillés et accompagnés de manière adaptée à chaque fois que possible ont été largement soulignés par les professionnels impliqués.

## 2. Les questions relatives à l'ampleur d'une réforme de l'AMP

### 2.1. La question de la détermination du périmètre de l'ouverture de l'AMP

Dans la mesure où l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes amènerait le législateur à reconnaître un droit à l'AMP pour des couples désireux de devenir parents, indépendamment de toute pathologie, il pourrait être difficile de maintenir certaines limitations existantes. En effet, alors qu'aujourd'hui la Cour européenne des droits de l'homme reconnaît, eu égard au but thérapeutique de l'AMP en droit français, que son autorisation au profit des seuls couples hétérosexuels infertiles n'est pas constitutive d'une discrimination<sup>6</sup>, certaines restrictions pourraient demain, si le critère médical était supprimé, être regardées comme contraires au principe d'égalité ou, à tout le moins, être vécues comme inéquitables.

Devrait ainsi être réexaminé le bien-fondé de l'interruption de l'AMP en cas de décès d'un des membres du couple (art. L. 2141-2, 2<sup>nd</sup> alinéa), alors qu'aujourd'hui l'insémination et le transfert d'embryon post mortem sont interdits, dans le souci de ne pas faire naître un enfant sans père<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> CEDH, 15 mars 2012, Gas et Dubois c/ France, req. n° 25951/07, § 63.

<sup>7</sup> Cass. civ. 1e, 9 janv. 1996, Bull I n° 21.

La question de l'ouverture de l'AMP aux femmes célibataires serait également posée. Les exemples étrangers montrent ainsi que les pays qui ont ouvert l'AMP aux couples de femmes l'admettent aussi au profit des femmes célibataires ou, plus généralement, au profit de toute femme indépendamment de son statut matrimonial. Tel est le cas au Royaume-Uni, pays où traditionnellement l'Etat intervient peu dans le domaine de la bioéthique : les femmes seules peuvent bénéficier d'un don de sperme en insémination artificielle ou en FIV ; les centres élaborent leurs propres critères d'accès. De même, en Belgique, qui ne disposait pas de cadre légal pour l'AMP jusqu'à la loi du 6 juillet 2007, l'AMP est accessible aux couples mariés ou non, aux couples de femmes et aux femmes seules ; les centres élaborent également leurs propres critères d'accès. Aux Pays-Bas, il n'existe pas de loi régulant l'accès à l'AMP ; en pratique, certaines « cliniques de fertilité » acceptent de prendre en charge les demandeurs quelle que soit leur situation civile et familiale. La question serait dès lors soulevée de la reconnaissance de l'AMP comme un droit de la femme, quelle que soit sa situation, à bénéficier d'un don de gamètes pour procréer. La réflexion mériterait de prendre en considération les résultats des études sur le développement de l'enfant, qui mettent en évidence une plus grande vulnérabilité des enfants élevés par un parent isolé.

Enfin, si l'ouverture de l'AMP aux couples de même sexe est distincte de la question de la légalisation de la gestation pour autrui, on ne peut toutefois ignorer le risque qu'elle conforte un sentiment d'inégalité entre hommes et femmes et de discrimination entre couples homosexuels féminins et couples homosexuels masculins, susceptible de renforcer les revendications relatives à la GPA, même si, en France, celles-ci émanent actuellement, en premier lieu, de couples hétérosexuels dont la femme est privée d'un utérus fonctionnel.

## 2.2. La question de la levée de l'anonymat des donneurs

Le choix a été fait jusqu'à présent en France d'un anonymat absolu concernant les dons de gamètes et d'embryons, donneurs et receveurs ayant la même interprétation du rôle de chacun dans le projet d'enfant, fondé sur l'histoire du couple demandeur.

Alors que, d'ores et déjà, certains jeunes adultes nés grâce à un don de gamètes expriment un certain mal-être face à l'impossibilité de connaître leurs origines biologiques, la naissance d'un nombre plus élevé d'enfants issus d'un don de spermatozoïdes, dont certains seraient dépourvus de filiation paternelle en vertu de la loi, pourrait renforcer la propension à demander la levée de l'anonymat. La délicate question de l'accès aux origines serait ainsi nécessairement reposée au législateur. Dans cette perspective, les équipes médicales pourraient également appréhender d'avoir à assumer une nouvelle forme de responsabilité dans le choix des donneurs.

## 2.3. La question des techniques autorisées

L'AMP au bénéfice d'une femme ne présentant pas de problème de fécondité suppose une insémination artificielle avec donneur (IAD), c'est-à-dire un dépôt de spermatozoïdes à l'intérieur de l'utérus de la femme, éventuellement associé à une stimulation ovarienne et à un déclenchement de l'ovulation pour accroître les chances de succès. Toutefois, le recours à la fécondation in vitro suivie du transfert d'embryon devrait être envisagé, soit en première intention, lorsque l'examen gynécologique révèle une altération des trompes, soit en seconde intention, après l'échec de plusieurs IAD.

Il est en outre possible que des médecins soient confrontés à la demande que pourraient formuler certains couples de femmes de bénéficier de la fécondation in vitro des ovocytes de l'une d'elles, avec don de spermatozoïdes, suivie du transfert de l'embryon dans l'utérus de l'autre femme du couple, pour aboutir à une forme de partage de la maternité, la première étant la « mère génétique » et la seconde la « mère gestatrice ». Eu égard aux interrogations nouvelles que soulèverait cette pratique, la question des techniques d'AMP susceptibles d'être utilisées mériterait d'être clairement tranchée plutôt que d'être laissée à l'appréciation des seules équipes médicales.

### 3. Les questions relatives aux modalités et aux mesures d'accompagnement nécessaires

#### 3.1. Le recrutement des donneurs de spermatozoïdes

L'AMP avec tiers donneur correspond aujourd'hui à une faible proportion de l'AMP : 1 331 des 22 401 enfants nés de tentatives d'AMP réalisées en 2010, soit moins de 6 %, sont nés grâce à un don de gamètes ou à un accueil d'embryons.

Si l'AMP était autorisée pour les couples de femmes, il est vraisemblable que le recours à l'IAD augmenterait significativement, si l'on se réfère à l'expérience des pays étrangers qui l'ont déjà admise. Guido Pennings rapporte que, de 2005 à 2007, 38 % des femmes étrangères demandant à bénéficier d'une AMP en Belgique étaient françaises et que 73 % (1670 sur ces trois années, dont 600 en 2007) souhaitaient une AMP avec don de sperme (sans que l'étude permette de distinguer les femmes seules et les femmes vivant en couple)<sup>8</sup>.

Actuellement, le nombre de donneurs sélectionnés par les CECOS oscille entre 200 et 400 par an (299 en 2010) pour 2 à 3 000 demandes d'AMP avec sperme de donneur (2 942 en 2010). Le rapport entre le nombre de donneurs recrutés et le nombre de nouvelles demandes est ainsi de l'ordre de 1 à 10. Dans la mesure où la loi limite à dix le nombre d'enfants pouvant naître du recours aux gamètes d'un même donneur (art. L. 1244-4 du code de la santé publique), ce rapport semble équilibré. Cependant, il existe dans certains cas des difficultés d'appariement<sup>9</sup>, conduisant à un délai d'attente supérieur à la moyenne (qui est d'environ un an).

La levée de l'anonymat des donneurs aurait très certainement un retentissement négatif sur leur recrutement, mais il est plus difficile de préjuger de la manière dont celui-ci pourrait évoluer à la suite d'un élargissement de la prise en charge aux couples de femmes<sup>10</sup>.

Une attention particulière devrait certainement être portée à ce volet indispensable du triptyque du don (donneurs, receveurs, enfants) pour éviter un risque d'insuffisance du nombre de donneurs, susceptible à terme de remettre en cause les principes de don gratuit, anonyme et non dirigé sur lesquels repose le système français.

<sup>8</sup> En Israël, 75 à 80 % des bénéficiaires de dons de sperme sont des femmes seules (Soffer Y, D Birenbaum-Carmeli : Le don de sperme en Israël, son secret et son anonymat, pp17-30 in « Donner et après ... » La procréation par don de spermatozoïdes avec ou sans anonymat. Ed P Jouannet, R Mieusset, Springer-Verlag, 2010).

<sup>9</sup> La pratique est de recourir aux gamètes d'un donneur ayant les principales caractéristiques phénotypiques du partenaire stérile: taille, couleur des cheveux etc.

<sup>10</sup> On ne peut exclure également la révocation de consentements donnés avant l'adoption de la loi nouvelle, celle-ci étant possible à tout moment jusqu'à l'utilisation des gamètes (art. L. 1244-2 du code de la santé publique).

### 3.2. La question des modifications du droit de la filiation

Le droit actuel, pour les couples ayant recours à une IAD, prévient les risques de contestation de la filiation paternelle tout en reposant sur les modes d'établissement de la filiation de droit commun, qui sont définis par les articles 310 à 342-8 du code civil. Ainsi, dans le cas d'un couple marié, le mari est père de l'enfant né de l'AMP en vertu de la présomption de paternité ; dans le cas d'un couple ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage, l'homme reconnaît l'enfant né de l'AMP. Les dispositions spécifiques, figurant aux articles 311-19 et 311-20 du code civil, visent seulement à sécuriser cette filiation, en interdisant l'établissement d'un lien de filiation entre le donneur et l'enfant, en imposant le consentement préalable de l'époux ou du concubin, en prévoyant que si le partenaire ou le concubin de la mère ne reconnaît pas l'enfant, sa paternité est judiciairement déclarée, et en interdisant toute action ultérieure aux fins d'établissement ou de contestation de paternité – sauf s'il est soutenu que l'enfant n'est pas issu de l'AMP ou que le consentement a été privé d'effet.

Dans le cas de couples de femmes, il conviendrait de créer des dispositions ad hoc, dès lors que les modes d'établissement de la filiation paternelle – présomption de paternité, reconnaissance – ne pourraient pas être transposés à l'identique<sup>11</sup>.

### 3.3. La question de la prise en charge de l'AMP

Le choix a été fait jusqu'à présent de considérer que le traitement de l'infertilité relevait de la solidarité nationale, au travers de la prise en charge à 100 % par la sécurité sociale, dans la limite de 6 tentatives d'IAD et de 4 tentatives de FIV pour l'obtention d'une naissance et sous réserve que l'âge de la femme ne dépasse pas 43 ans. Le coût de l'assistance médicale à la procréation pour l'assurance maladie en France peut être évalué à environ 200 millions d'euros par an<sup>12</sup>.

Si l'AMP était ouverte aux couples de même sexe, il faudrait choisir soit de rembourser tous les frais par l'assurance maladie, soit de rembourser le recours à l'AMP dans les seuls cas où il existe une pathologie médicale avérée, soit de laisser les frais dans tous les cas à la charge des intéressées, de la même façon, par exemple, que les démarches en vue d'une adoption internationale.

Il peut être indiqué que, pour une femme ne présentant pas de problème de stérilité, le coût du recours à l'assistance médicale à la procréation peut être évalué comme compris entre 500 et 10 000 euros, hors dépassements d'honoraires, selon que la première tentative d'insémination artificielle réussit<sup>13</sup> ou qu'il est nécessaire, le cas échéant après l'échec de trois ou quatre

<sup>11</sup> Ces règles reposent sur la vraisemblance (en vertu de l'art. 336 du code civil, « La filiation légalement établie peut être contestée par le ministère public si des indices tirés des actes eux-mêmes la rendent invraisemblable ou en cas de fraude à la loi ») et n'excluent pas, pour un enfant qui n'est pas issu d'une AMP, une contestation fondée notamment sur la preuve biologique (cf l'article 332 du code civil).

<sup>12</sup> L'ensemble des actes facturables réalisés par les médecins de ville et les centres clinico-biologiques et des coûts additionnels couverts par une enveloppe « mission d'intérêt général » a été évalué, pour 2010, à un montant compris entre 175 et 206 millions d'euros, auxquels il convient d'ajouter des coûts non facturables liés notamment aux réunions pluridisciplinaires des centres d'AMP et à l'information des couples.

<sup>13</sup> En ce qui concerne le chiffrage d'une tentative d'IAD, il convient de prendre en considération – sous réserve des dépassements d'honoraires – au minimum le coût d'une consultation (27 euros), d'une préparation des spermatozoïdes (54 euros) et de l'acte d'insémination (38,4 euros), soit 115,40 euros. Il conviendrait



tentatives d'IAD, de recourir à autant de fécondations in vitro. Il conviendrait par ailleurs de tenir compte du coût du don et de la conservation de spermatozoïdes.

On peut relever qu'au Royaume-Uni, l'offre de soins publique est restreinte au traitement de l'infertilité diagnostiquée, les femmes vivant avec une partenaire de même sexe recourant à l'offre privée. En Belgique, l'accès au remboursement est lié à l'existence d'une indication médicale à l'AMP y compris lorsque les demandeurs sont des couples homosexuels ou des femmes célibataires. Aux Pays-Bas, en cas d'échec de l'insémination artificielle, la plupart des « cliniques de fertilité » proposent une FIV. Les traitements (3 FIV) sont alors pris en charge par l'assurance maladie.

Indépendamment du remboursement, peut se poser la question des établissements qui seraient habilités à pratiquer cette nouvelle possibilité d'AMP ; à cet égard, il paraît important que les activités médicales impliquant un don de gamètes restent réservées au secteur non lucratif. Enfin, il est clair que cette évolution impliquerait que des moyens nouveaux – en équipement, personnels (notamment psychothérapeutes) et fonctionnement – soient mis à disposition des centres pour accueillir et accompagner ces femmes.

---

vraisemblablement d'y ajouter le coût d'une seconde consultation (27 euros), d'un traitement stimulant l'ovulation (110 euros), de dosages hormonaux destinés à renforcer l'efficacité de la tentative et à éviter le risque de grossesse multiples (62,64 euros), du monitoring de l'ovulation (61,44 euros), d'une échographie (42,25 euros) ou deux et d'une hystérographie préalable.

## BIBLIOGRAPHIE

### Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families

A. Brewaeys, I. Ponjaert, E.V. Van Hall, S. Golombok  
Human Reproduction 1997; 12: 1349-1359

Les conclusions présentées sont issues d'une étude comparative analysant les relations familiales ainsi que le développement affectif et sexuel d'enfants élevés au sein de familles constituées de mères lesbiennes. Au total, 30 familles constituées de mères lesbiennes ayant des enfants âgés de 4 à 8 ans conçus par insémination artificielle avec donneur (IAD) ont été comparées à 38 familles hétérosexuelles ayant conçu un enfant par IAD et à 30 familles hétérosexuelles ayant conçu un enfant naturellement. Diverses mesures d'évaluation ont été utilisées pour recueillir les données, notamment un entretien et des questionnaires standardisés remplis par les parents, ainsi que des tests psychologiques effectués sur les enfants. La qualité des relations de couple et la qualité de l'interaction mère-enfant ne différaient pas entre les familles constituées de mères lesbiennes et les deux autres groupes de familles hétérosexuelles. La qualité de l'interaction entre la mère sociale et l'enfant dans les familles lesbiennes était supérieure à celle observée entre le père et l'enfant dans les deux groupes de familles hétérosexuelles. La propre perception des enfants à l'égard de leurs parents était similaire dans tous les types de familles ; la mère sociale dans les familles lesbiennes était considérée par l'enfant comme un « parent », au même titre que le père dans les deux types de familles hétérosexuelles. Quant à leur développement affectif/comportemental, les garçons et les filles élevés dans les familles constituées de mères lesbiennes étaient bien adaptés et le développement de leur rôle sexuel était semblable à celui des enfants élevés dans les familles hétérosexuelles. Ces résultats indiquent que le développement des enfants et des familles dans les familles constituées de mères lesbiennes est similaire à celui des familles hétérosexuelles.

### Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood

Susan Golombok, Shirlene Badger  
Human Reproduction 2010; 25: 150-157

**CONTEXTE :** La présente investigation constituait la troisième phase d'une étude longitudinale menée sur la qualité des relations parent-enfant, ainsi que sur l'adaptation psychologique des enfants dans les familles dirigées par des femmes et dont le père est absent dès la petite enfance.

**MÉTHODES :** Au cours de cette étude, 27 familles dirigées par des mères hétérosexuelles célibataires (mères seules) et 20 familles dirigées par des mères lesbiennes ont été comparées à 36 familles hétérosexuelles biparentales lorsque l'enfant atteignait l'âge adulte. Les données ont été obtenues auprès des mères et de leurs enfants jeunes adultes au moyen d'entretiens et de questionnaires standardisés.

**RÉSULTATS :** On a constaté que les familles dirigées par des femmes étaient similaires aux familles traditionnelles selon différentes mesures de qualité de la parentalité et de l'adaptation psychologique des jeunes adultes. Lorsque des différences étaient identifiées entre les types de familles, celles-ci mettaient en évidence des relations familiales plus positives et un plus grand bien-être psychologique chez les jeunes adultes élevés dans les foyers dirigés par des femmes.

**CONCLUSIONS :** Les conclusions de cette étude montrent que les enfants élevés par des mères hétérosexuelles célibataires ou par des mères lesbiennes dès la petite enfance continuent de s'épanouir à l'âge adulte. Ces résultats présentent un intérêt particulier pour le *UK Human Fertilisation and Embryology (2008) Act*<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Loi sur la fertilisation et embryologie humaines adoptée en 2008 au Royaume-Uni

Psychosocial Adjustment among Children Conceived via Donor  
Insemination by Lesbian and Heterosexual Mothers

Raymond W. Chan, Barbara Raboy and Charlotte J. Patterson  
Child Development 1998; 69: 443-457

Cette étude a examiné les relations au sein de la structure familiale (nombre de parents, orientation sexuelle des parents, par ex.), le processus familial (satisfaction des relations entre les parents, conflit entre les parents, par ex.), ainsi que l'adaptation psychologique des enfants ayant été conçus par insémination artificielle avec donneur. Sur les 80 familles participantes, qui avaient toutes conçu des enfants en utilisant les ressources d'une seule banque de spermes, 55 étaient dirigées par des mères lesbiennes et 25 par des parents hétérosexuels. Cinquante familles étaient dirigées par un couple et 30 par un parent seul. Les enfants participants étaient âgés de 7 ans en moyenne. Les résultats ont révélé que les enfants se développaient normalement, et que leur adaptation n'avait aucun rapport avec les variables structurelles telles que l'orientation sexuelle des parents ou le nombre de parents constituant le foyer. Ces résultats s'appliquaient aussi bien aux rapports des enseignants qu'aux rapports des parents. Toutefois, les variables associées aux interactions et processus familiaux étaient étroitement liées aux indices d'adaptation des enfants. Les enfants nés de parents confrontés à un degré supérieur de stress parental, à des niveaux plus élevés de conflit interparental, et manifestant moins d'amour l'un pour l'autre présentaient ainsi davantage de problèmes comportementaux.

The National Lesbian Family Study: 4. Interviews with the 10-Year-Old Children

Nanette Gartrell, Amalia Deck, Carla Rodas, Heidi Peyser  
American Journal of Orthopsychiatry 2005; 75: 518-524

Ce quatrième rapport, découlant d'une étude longitudinale réalisée auprès de familles lesbiennes américaines, présente des données sur 78 familles dans lesquelles les enfants ont été conçus par insémination artificielle avec donneur. Les résultats indiquent que la prévalence des violences physiques et sexuelles chez ces enfants était inférieure à la moyenne nationale. En matière de développement social et psychologique, ces enfants étaient comparables aux enfants élevés au sein de familles hétérosexuelles. Les enfants nés de donneurs anonymes ne présentaient pas de différence avec ceux nés de donneurs connus, en termes d'adaptation psychologique. Au total, 57 % des enfants étaient complètement acceptés par leurs pairs, tandis que 43 % avaient été victimes d'homophobie. Les enfants démontraient une compréhension approfondie de la diversité et de la tolérance.

Quality of life of adolescents raised from birth by lesbian mothers: the US National Longitudinal Family Study

Van Gelderen L, Bos HM, Gartrell N, Hermanns J, Perrin EC  
J Dev Behav Pediatr. 2012; 33: 17-23

**OBJECTIF :** Comparer la qualité de vie, une mesure du bien-être psychologique, d'adolescents ayant grandi dans des familles constituées de mères lesbiennes, à celle d'un groupe témoin d'adolescents ayant des parents hétérosexuels. Les adolescents du groupe témoin provenaient d'un échantillon représentatif d'adolescents de l'État de Washington. Le second objectif de l'étude consistait à déterminer chez les adolescents ayant des mères lesbiennes si le statut du donneur, la continuité de la relation maternelle et la stigmatisation rapportée étaient associés à la qualité de vie.

**MÉTHODES :** En 1986, des mères lesbiennes potentielles ont été recrutées à Boston, Washington DC et San Francisco. Actuellement, 93 % des familles prenant part à l'Étude longitudinale nationale sur les familles lesbiennes (*National Longitudinal Lesbian Family Study* ou NLLFS) participent encore à l'étude. Ce rapport s'appuie sur un questionnaire en ligne rempli par 78 adolescents NLLFS, 39 filles et 39 garçons. Six éléments de l'instrument de la qualité de vie de la jeunesse (*Youth Quality of Life Instrument*) ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie. Il a également été demandé aux adolescents NLLFS s'ils avaient été victimes de stigmatisation et, le cas échéant, de décrire ces expériences (taquineries et railleries, par ex.). Les mères ont été interrogées sur le statut du donneur et sur la continuité de la relation maternelle.

**RÉSULTATS :** Les résultats ont révélé que les adolescents NLLFS évaluaient leur qualité de vie de façon comparable à leurs homologues des familles de parents hétérosexuels. Le statut du donneur, la continuité de la relation maternelle et la stigmatisation vécue n'étaient pas liés à la qualité de vie.

**CONCLUSION :** Les adolescents nés dans les familles lesbiennes prévues ne présentent pas de différences en ce qui concerne la qualité de vie par rapport à un groupe d'adolescents comparable élevé dans les familles hétérosexuelles. En examinant la qualité de vie, cette étude offre un aperçu des aspects positifs de la santé mentale des adolescents élevés par des mères lesbiennes.

Same-sex parenting and children's outcomes: A closer examination of the American psychological association's brief on lesbian and gay parenting

Loren Marks

Social Sciences Research 2012; 735-751

En 2005, l'*American Psychological Association* (APA) a publié un rapport officiel sur la parentalité gay et lesbienne. Ce rapport comportait l'affirmation suivante : « Aucune étude n'a conclu que les enfants de parents gays ou lesbiens étaient désavantagés de quelque façon que ce soit par rapport aux enfants de parents hétérosexuels » (p. 15). Le présent article examine en détail cette affirmation ainsi que les 59 études publiées citées par l'APA pour la corroborer. Sept questions centrales abordent : (1) l'échantillonnage homogène, (2) l'absence de groupes témoins, (3) les caractéristiques du groupe témoin, (4) les données contradictoires, (5) la portée limitée des résultats sur les enfants étudiés, (6) l'insuffisance de données sur les résultats à long terme, et (7) le manque d'efficacité statistique de l'APA. Il en résulte que les affirmations solides, y compris celles avancées par l'APA, n'étaient pas justifiées empiriquement. Des recommandations en vue de recherches ultérieures sont proposées.

How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study

Mark Regnerus

Social Sciences Research 2012; 752-770

L'étude sur les nouvelles structures familiales (*New Family Structures Study* ou NFSS) est un projet de collecte de données en sciences sociales qui a mené une enquête auprès d'un grand échantillon aléatoire de jeunes adultes américains (âgés de 18 à 39 ans) ayant été élevés dans différents types de configurations familiales. Dans cette introduction de la NFSS, je compare la situation des jeunes adultes issus d'un parent ayant eu une relation homosexuelle, à celle de six autres types de familles d'origine, en évaluant 40 variables concernant des aspects relationnels, émotionnels et sociaux. Les résultats révèlent des écarts nombreux et cohérents, notamment entre les enfants de femmes ayant eu une relation lesbienne et ceux ayant des parents biologiques encore mariés (hétérosexuels). Les résultats sont généralement fiables dans les contextes à variables multiples, suggérant une bien plus grande diversité dans les foyers de parents lesbiens que ne l'ont révélé les études réalisées sur des échantillons de commodité de familles lesbiennes. La NFSS fait ressortir de multiples données qui apportent un éclairage et permettent aux spécialistes de la famille de comprendre les différents enjeux de la structure familiale et de ses transitions.