



**HAL**  
open science

# L'homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational

Virginie Rozée

► **To cite this version:**

Virginie Rozée. L'homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational. *Raison Publique*, 2012, Dossier " La bioéthique en débat : angles vifs et points morts " dirigé par D. Borrillo, E. Fassin e, <http://www.raison-publique.fr/article531.html>. halshs-00613674v2

**HAL Id: halshs-00613674**

**<https://shs.hal.science/halshs-00613674v2>**

Submitted on 17 May 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Virginie Rozée, « L'homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational », *Raison Publique*, Dossier « La bioéthique en débat : angles vifs et points morts » dirigé par D. Borrillo, E. Fassin et S. Hennette-Vauchez, 2012, disponible sur <http://www.raison-publique.fr/article531.html>**

Dans les années 1970, « sortir du placard » ou « faire son *coming out* » signifiait renoncer à la parentalité. Or désormais, les couples de même sexe veulent et ont des enfants. Après avoir revendiqué leur droit à la différence, ils revendiquent le droit à l'indifférence, soit d'obtenir les mêmes droits que les couples de sexe différent et notamment le droit à être parents [1]. Ce désir d'enfant chez les couples de même sexe commence à émerger dans notre société, notamment à travers les médias. En témoignent la multiplication des émissions et des reportages à ce sujet et les successifs articles de presse depuis une dizaine d'années. Cette médiatisation renvoie à une réalité, celle de l'homoparentalité.

Tandis que des données démographiques conduisent à des estimations de l'ordre de 30 000 enfants français vivant au sein d'une famille homoparentale [2], l'Association des Parents Gays et Lesbiens (APGL) estime ce nombre à 300 000. Cet écart s'explique par le fait que l'Institut National d'Études Démographiques (INED) et l'APGL ne comptent pas les mêmes enfants : l'INED n'inclut que les enfants mineurs vivant aujourd'hui au sein d'un foyer homoparental (c'est-à-dire avec un couple de même sexe), contrairement à l'APGL qui considère tous les enfants, adultes ou non, dont un parent est homosexuel (sans forcément être en concubinage) [3].

Il y a différentes configurations de familles homoparentales. Certaines sont issues d'une coparentalité, définie par « un homme, une femme, généralement un gay et une lesbienne, chacun d'eux plutôt en couple, [qui] se mettent d'accord pour avoir un enfant ensemble, pour en être légalement le père et la mère, tout en vivant dans des foyers séparés [4] ». D'autres résultent de l'adoption, ou encore de l'assistance médicale à la procréation (AMP). C'est cette dernière configuration que nous explorons ici. S'il s'agit bien de couples de même sexe résidant en France, ce recours médical se fait obligatoirement à l'étranger puisque la loi leur interdit l'AMP en France.

C'est dans le cadre d'une étude plus large sur le recours à l'AMP des Français.es à l'étranger [5] que nous avons rencontré en France, en 2009, des couples de même sexe qui avaient fait ce choix pour concevoir un enfant. Ces personnes ont été contactées par l'intermédiaire d'associations telles que l'APGL. Nous avons ainsi réalisé 23 entretiens semi-directifs auprès de couples de même sexe : 5 hommes, 12 femmes, 5 couples de femmes et 1 couple d'hommes. Nous avons interrogé plus de femmes que d'hommes : c'est pourquoi nous mettrons ici l'accent sur le discours et les histoires des femmes lesbiennes.

L'objectif de cet article est de comprendre comment se prend la décision d'avoir un enfant dans un contexte homoparental, mais aussi comment sont évaluées, qu'elles soient retenues ou rejetées, les différentes options pour « faire famille » et notamment pourquoi l'AMP est envisagée par certains comme la meilleure des solutions. Nous explorons ainsi comment s'organise et se concrétise ce projet, comment celui-ci est accueilli par l'entourage et plus largement par la société. Enfin, nous apporterons quelques pistes de réflexion sur le refus en France d'ouvrir l'AMP aux couples de même sexe et montrerons que certains des arguments avancés pour justifier une telle restriction ne sont pas toujours fondés.

## **La décision d'avoir un enfant dans un contexte homoparental**

Dans les années 1970, sortir du placard revenait à s'opposer au modèle dominant du couple et de la famille. Dans ce contexte, chez les personnes interrogées, le désir de faire famille a été difficilement géré lorsqu'elles ont découvert leur homosexualité. Sandrine [6], en couple depuis 10 ans, a 3 enfants issus d'une insémination artificielle avec donneur de sperme en Belgique. Elle raconte : « À 20 ans, pour moi, me tourner vers les femmes, ça voulait dire ne pas avoir d'enfants, hein, terminé ! »

Chez la plupart des personnes rencontrées, le projet parental a été envisagé quand elles ont réalisé qu'il leur restait possible, en tant qu'homosexuelles, d'avoir et même de concevoir un enfant, que ce n'est pas parce qu'elles étaient homosexuelles qu'elles ne pouvaient être fécondes. Agnès a un enfant en bas âge avec sa compagne Véronique. Elle explique : « Quand j'ai rencontré [Véronique], ça m'a complètement gênée car à mon sens, à cette époque, cette homosexualité allait à l'encontre de mon désir d'enfant. Je pensais qu'il fallait que je choisisse entre homo ou mère. Un cheminement long et dur. » Ce à quoi Véronique, présente lors de l'entretien, répond : « Moi, très rapidement je t'ai dit que ce n'était pas du tout incompatible, qu'on n'était pas stériles. Notre couple est stérile mais les deux individus ne sont pas stériles. » Ellen a 36 ans. Elle a deux enfants avec sa compagne suite à des inséminations avec donneur en

Finlande. Elle explique que pour elle, homosexualité et parentalité n'ont jamais été incompatibles mais cela n'était pas le cas de sa compagne lorsqu'elles se sont rencontrées : « Ça avait toujours été très clair dans ma tête, c'est pas parce que je suis homo que je suis stérile, donc c'était un peu comme ça que je raisonnais, ce qui n'était pas tout à fait son raisonnement à elle. Elle, elle était passée par la phase : est-ce qu'en tant qu'homo, je peux avoir des enfants ? Est-ce que j'ai le droit ? Qu'est-ce que ça suppose ? Pour moi, ça c'est jamais posé comme ça. » Chez les hommes, la décision d'avoir un enfant devient possible lorsqu'ils arrivent à dépasser le stigmate social qui pèse sur les pères homosexuels en associant paternité et pédophilie.

Les couples, lorsqu'ils sont « prêts ensemble [7] », décident donc d'avoir un enfant. Ce projet, qui requiert une certaine stabilité affective et matérielle, fait office de preuve d'amour entre les deux conjointes, puisqu'il concrétise leur union. Annie, designer, a 42 ans. Elle est en couple depuis plus de 20 ans. De cette union sont issues deux filles, à la suite d'inséminations artificielles en Belgique. Elle explique que « les couples de filles, quand elles s'installent en couple et qu'elles tiennent un peu la route, ça devient un chemin plus ou moins normal, comme dans n'importe quel couple hétéro, de se dire, "bah voilà, on s'installe, on a des bons boulots, on a un logement sympa, pourquoi pas faire des enfants ?" ».

Nous avons cependant observé des différences à ce sujet entre les hommes et les femmes. Chez les femmes, le projet est davantage apparu comme conjugal : le désir d'enfant peut être né avant la rencontre de la compagne, mais il ne se concrétise qu'à partir de la formation du couple. En revanche, chez les hommes, ce désir est apparu lors des entretiens comme principalement individuel : qu'ils soient en couple ou non, ils décident seuls de se lancer dans le projet parental. Pierre, chef d'entreprise, en couple, explique : « Moi j'ai décidé de faire un enfant, et ensuite je l'[son compagnon] ai mis au courant. » D'autres études montrent cependant que les projets parentaux des hommes sont de plus en plus des projets de couples [8].

La décision d'avoir un enfant étant prise, avant de se lancer, les femmes et les hommes s'interrogent sur le fait de le faire dans un contexte homoparental. S'ensuivent donc de longues réflexions et documentations sur les conséquences psychologiques et sociales pour un enfant de naître et de grandir dans une famille homoparentale : les couples s'informent notamment sur les études existantes à ce sujet de façon à avoir connaissance et conscience des difficultés qu'ils rencontreront et évaluer si c'est « bien » ou non pour l'enfant d'avoir des parents de même sexe. Agnès et Véronique racontent comment elles se sont informées :

On voulait voir les études qui avaient été faites, voir comment les enfants grandissaient dans un contexte homo. Parce qu'il y a le désir, mais faut pas que le fardeau soit trop lourd pour l'enfant. On est allées à énormément de conférences, on a lu beaucoup, beaucoup d'écrits du docteur Hefez (...); certains anthropologues comme Godelier (...). Vu la banalité des résultats, il y a absolument rien de trouver [concernant les effets négatifs pour un enfant d'avoir des parents de même sexe], ça nous a conforté dans notre idée.

Les couples de même sexe réfléchissent ensuite sur la façon dont ils souhaitent fonder leur famille ; ils explorent les diverses options alternatives : la coparentalité, l'adoption et le recours médical.

## **La construction du projet homoparental**

### ***Les options alternatives pour faire famille***

Chez la plupart des femmes rencontrées, la coparentalité a été d'emblée exclue du projet parental. Elles ont expliqué qu'elles souhaitaient éviter la présence d'un tiers, et élever l'enfant à deux (selon le modèle classique de la famille : deux parents et un (ou des) enfant(s)). Martine, 31 ans, qui réalise au moment de l'entretien des démarches médicales en Belgique, explique pourquoi, avec sa compagne, elles ont renoncé à la coparentalité : « Ça fait aussi partie des options envisageables mais qu'on a très vite écartées aussi parce qu'on avait envie de concevoir un enfant à deux, d'être deux parents [...]. On n'avait pas spécialement envie d'une pièce rapportée. » On retrouve cette raison d'exclusion du tiers dans le choix de l'anonymat du donneur comme nous le verrons plus loin.

La plupart des hommes, quant à eux, pensent d'abord à la coparentalité avant de se tourner vers la gestation pour autrui (GPA), car ils déclarent que la présence d'une mère pour un enfant est nécessaire : autrement dit, si le modèle familial classique signifie, pour les lesbiennes, deux parents, indépendamment de la différence de sexe, pour les gays, il implique nécessairement, aux côtés du ou des pères, une mère. Les hommes cherchent alors une femme qui accepterait un tel projet, parmi leurs amies et connaissances, via des petites annonces sur Internet, voire dans le journal. Mais si ce projet échoue, ils sont conduits à

faire le choix de la GPA par défaut. Pierre, chef d'entreprise, qui est en train de réaliser des démarches de GPA en France, raconte comment il a dû renoncer à son projet de coparentalité :

Au départ, mon désir d'enfant reposait sur un projet de coparentalité, [...] donc j'ai rencontré une personne avec qui j'étais en contact une bonne année [...]. Et puis, au bout de six mois, on a fait les insé artisanales [inséminations artificielles réalisées sans encadrement médical], une fois, deux fois, trois fois je crois. Et puis à un moment donné, la jeune femme a eu une rencontre dans sa vie [...]. Ça s'est arrêté comme ça. J'en ai rencontré une autre, deux autres et puis ça n'a pas collé.

Cet échec de la coparentalité permet parfois aux hommes de réaliser que cette configuration familiale ne correspond finalement pas à leur façon de vouloir fonder une famille ; ils comprennent notamment qu'ils ne voudront pas se séparer de l'enfant en bas âge, le plus souvent confié à la mère, alors qu'ils ont envie de paterner. Yannick, 40 ans, enseignant, ayant commencé des démarches de GPA en Inde, imaginait mal « attendre que le bébé ait grandi 3 ans chez sa mère [...] pour pouvoir le récupérer et m'en occuper ».

Après la coparentalité, qu'elle soit d'emblée exclue ou progressivement écartée, la majorité des personnes interrogées a pensé à l'adoption avant de se lancer dans un parcours médical. Elles réalisent cependant très vite qu'adopter est difficile. Dans certains pays tels que les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni, le Danemark, la Belgique [9], ou de nombreux États des États-Unis, l'adoption conjointe d'un enfant par deux adultes de même sexe est certes autorisée. Toutefois, ce n'est pas le cas en France, où, si l'adoption est théoriquement possible à titre individuel (même si elle est en pratique particulièrement difficile pour une personne homosexuelle), mais pour adopter conjointement, il faut être un couple marié depuis au moins 2 ans. L'adoption est donc apparue comme impossible chez les hommes rencontrés, comme nous l'explique Yannick : « Alors du coup, j'ai pensé à l'adoption [...]. Mais l'adoption c'est pas possible, parce que c'est un droit théorique en France on va dire, et à l'international, c'est du foutage de gueule parce que jamais un célibataire homo n'aura d'enfant. » Rares sont en effet les agréments obtenus par des hommes seuls (même s'il est vrai que peu le demandent).

Les femmes, quant à elles, expliquent que l'adoption serait éventuellement une option à la condition de cacher leur orientation sexuelle aux services sociaux, ce à quoi la plupart se refusent. Pour d'autres, passées, l'adoption est décrite comme de facto impossible. Mais au-delà des restrictions légales ou administratives, l'adoption est également écartée par certains couples de femmes qui veulent porter l'enfant, être enceintes, « donner la vie ». L'idée est surtout d'avoir un enfant dès sa naissance, ce qui n'est pas possible avec l'adoption, de lui construire sa propre histoire sans avoir à gérer le passé souvent lourd et douloureux d'un enfant adopté. Martine explique l'importance de concevoir un enfant : « Ce qui posait un petit souci, c'est l'idée de ne pas avoir appréhendé l'enfant dès sa conception. L'adoption, c'est accueillir un enfant qui a déjà une histoire qui lui est propre, qui est souvent difficile, et qu'on n'a pas pu forcément appréhender. »

Ces arguments conduisant au refus de la coparentalité et à l'impression qu'il leur est impossible d'adopter expliquent la primauté accordée à l'AMP chez les personnes rencontrées.

## ***Le choix de l'assistance médicale à la procréation***

L'AMP permet de concevoir un enfant et donc d'avoir un enfant qui est génétiquement lié à un des deux parents de même sexe, de l'avoir dès la naissance, et de le concevoir dans la configuration familiale recherchée, « classique », c'est-à-dire deux parents et un (des) enfant(s) pour les femmes ; un référent maternel et un père au moins chez les hommes. Recourir à l'AMP signifie, pour les couples de femmes, recourir à un don de sperme ; et chez les hommes, à une gestatrice (« mère porteuse ») et à une génitrice (donneuse d'ovocyte) qui est parfois (rarement) la même personne. Le recours à ces techniques implique de concevoir un enfant qui sera élevé sans présence paternelle pour les femmes, et sans présence maternelle pour les hommes, une configuration apparue comme longuement et mûrement pensée et réfléchie.

## ***Le recours au don de sperme***

Les femmes s'interrogent sur le fait de concevoir et d'élever un enfant sans que celui-ci ait un père. Fleur, enseignante, explique que ce choix n'a été ni simple ni facile : « À l'origine, la réticence par rapport à ça, c'était la crainte d'être égoïste dans un désir d'enfant, dont l'enfant pourrait être la victime, c'est-à-dire décider sciemment de faire un enfant sans père. Ça nous a posé un problème assez longtemps. [...] Je me disais non, c'est égoïste, l'enfant n'aura pas de père, ne connaîtra pas son père. » Finalement, l'insémination artificielle avec donneur lui est apparue comme la solution la plus « saine », « claire » et « transparente », puisque le donneur donne dans un but précis, celui d'aider une femme sans pour autant

être le père de l'enfant à naître : « Et puis finalement je me dis, dans la mesure où le donneur était quelqu'un qui acceptait cette dimension-là, c'est-à-dire de donner son sperme comme d'autres donnent leur sang, [...] et donc pour l'enfant, ça pourrait être compréhensible : voilà, il y a un homme qui a donné son sperme pour qu'un enfant puisse naître d'une femme qui ne connaît pas d'homme. » Certaines femmes, comme Sabrina (29 ans) et sa conjointe Karine (38 ans), qui attendent un enfant après des démarches en Espagne, expliquent que, certes, l'enfant n'aura pas de père mais qu'aujourd'hui, cette configuration familiale est courante du fait des nombreuses familles recomposées et monoparentales.

Pour certaines d'entre elles, la personnification du géniteur est garante du bon équilibre de l'enfant, ce qui les conduit à recourir à une insémination artificielle avec un donneur dont l'enfant connaîtra l'identité à sa majorité. Mais en général, dans la logique de faire un enfant sans père, les couples lesbiens rencontrés, après réflexion, discussions, parfois désaccord au sein du couple, finissent par opter pour un don de sperme anonyme. L'anonymat permet de protéger la « mère non statutaire [10] » et fait en sorte que le géniteur ne soit pas une menace comme c'est le cas dans le film de Lisa Cholodenko, *Tout va bien. The kids are all right* (2010). Ce film dresse le portrait d'une famille américaine de mères lesbiennes dont les enfants, issus d'un don de sperme, décident, à la majorité de l'aînée, de prendre contact avec leur géniteur. Cette rencontre vient bouleverser l'équilibre de la famille.

Dans le cadre de notre étude, l'anonymat du donneur a souvent été décrit comme un moyen d'éviter toute ingérence future du géniteur dans la famille. Julie a 25 ans ; elle est enceinte à la suite d'un don de sperme en Belgique. Elle justifie ce choix de l'anonymat pour préserver la stabilité de la famille : « On se disait que entre le truc "pas bien de pas avoir de père" et le truc "pas bien de vivre dans une espèce d'insécurité", à tout moment, choisir une semaine, changer de maison [...], demander la garde et que ce soit accepté... » C'est ainsi également que Martine justifie le choix d'un donneur inconnu : « On ne voulait pas forcément un donneur connu parce que ça posait ensuite le problème de la parentalité, la revendication possible de cet homme-là. » On observe également la volonté symbolique de fonder une famille à trois. En effet, l'anonymat permet aux femmes interrogées de faire famille selon un modèle triangulaire formé de deux parents et un (ou plusieurs) enfant(s), puisque le tiers, anonyme, est ainsi inhibé. Annie nous explique : « La famille que moi j'avais envie de créer, c'était une famille de deux parents. Et donc, la troisième personne, elle y avait pas sa place. »

### ***Le recours à la gestation pour autrui***

Chez les hommes en revanche, la personnification de la mère est apparue dans la plupart des entretiens comme fondamentale, ce pourquoi la majorité d'entre eux ont d'abord pensé à la coparentalité. Dans la construction de leur projet familial, la GPA apparaît finalement comme la meilleure solution, puisque la gestatrice et la génitrice, qui sont en général décrites comme des « mères », sont choisies « sur catalogue » et connues. Ce recours correspond alors au modèle familial recherché.

Franck, 47 ans, vétérinaire, qui après de nombreuses tentatives de coparentalité a opté pour une GPA aux États-Unis, déclare à ce sujet : « Ce gamin, il a besoin d'une maman ! Il va la requérir, il va la vouloir ! Faut au moins qu'il puisse la voir en photo, et si un jour, il veut la rencontrer etc., pour moi c'est un plus, quoi ! » L'idée souvent exprimée est que l'enfant doit grandir avec une mère et un père, que la mère soit présente ou non, l'essentiel étant qu'elle existe et soit connue. Franck poursuit : « Bon, moi j'ai vachement de chance, une mère il en a une et il en a même deux ! Ses mères biologique et gestante, elles existent, on les a rencontrées il y a 15 jours, on est allés les voir aux États-Unis, et elles sont présentes. » Les hommes établissent donc un autre rapport avec la ou les tierces personnes. Ils tissent des liens avec elle(s) pour garantir une parentalité avec un père et une (des) mère(s), conforme à l'image traditionnelle française de la famille qu'ils souhaitent fonder.

Pour les hommes, dont le projet est apparu, rappelons-le, comme essentiellement personnel, la présence d'une tierce personne ne vient pas menacer l'équilibre conjugal. Anne Cadoret interprète le fait que les hommes redoutent moins de préserver une figure maternelle parce qu'« ils le voient dès sa naissance entouré de femmes, de la grand-mère qui lui donnera le biberon, à la puéricultrice de la crèche qui guidera quelquefois ses premiers pas, à l'institutrice qui lui apprendra la sociabilité scolaire [11] ».

### ***Le choix de la participation corporelle et génétique***

Les couples doivent également décider de celui ou celle au sein du couple qui participera corporellement et génétiquement à la conception de l'enfant. Chez les couples de femmes, le choix de celle qui portera l'enfant a été décrit comme une évidence : celle qui est la plus porteuse du projet parental, celle qui a toujours voulu être enceinte, la moins âgée des deux (pour augmenter les chances de réussite) ou au contraire la plus âgée (qui sinon, ne pourra bientôt plus être enceinte), ou bien les femmes décident d'alterner. Fleur explique que ce sera elle qui portera l'enfant : « C'est moi. La décision s'est prise à deux



niveaux. D'abord parce que c'était peut-être moi dans le couple la plus porteuse du projet d'enfant [...]. La deuxième raison est qu'on n'a pas le même âge. Mon amie a 43 ans et moi j'en ai bientôt 38, donc moi je suis encore dans la tranche d'âge où c'est faisable. » Martine explique en revanche que l'enfant sera porté par sa compagne : « Le choix s'est fait très simplement, tout seul puisque moi, je n'ai jamais eu l'envie du tout de porter un enfant [...]. Et ma compagne a toujours rêvé de porter un enfant. Donc, ça s'est imposé tout seul et naturellement. »

Une combinaison possible est le don d'ovocyte intra-partenaire (Reception of Ovocytes from Partner) tel qu'on l'observe aujourd'hui au Royaume-Uni, en Espagne et aux États-Unis. Ce recours n'a pas été observé lors de l'étude, mais il pourrait être amené à se développer. En effet, il offre aux couples de femmes la possibilité de porter l'enfant qui est génétiquement lié à l'autre partenaire du couple, ce qui renforce la conception intraconjugale souvent recherchée.

Pour les hommes, il s'agit de décider, lorsqu'ils sont en couple, de celui qui donnera son sperme. Ce peut être celui qui est porteur du projet, comme Pierre qui explique : « Hein, c'est moi qui ai eu l'idée, [...] dans l'histoire, c'est moi le père, ce sera moi le père. » Le choix se fait parfois pour des raisons de santé, ou parce que les liens du sang sont importants pour la famille de l'un des deux. Arnaud, médecin, a un enfant suite à une GPA aux États-Unis. C'est son compagnon qui a donné son sperme. Lui accordait peu d'importance aux liens génétiques, contrairement à sa belle-famille. De plus, il a des petits ennuis de santé qu'il ne voulait pas risquer de transmettre à leur enfant.

La décision sur la façon de faire famille, le choix des modalités concernant la tierce personne étant fait, se pose simultanément ou consécutivement la question de la destination, du pays mais aussi du centre médical.

## La réalisation du projet parental

### ***Un recours obligatoirement transnational***

En France, le recours à l'AMP est réservé aux hommes et aux femmes mariés ou pouvant justifier d'une vie commune d'au moins deux ans, et dont l'infertilité a été médicalement constatée. La législation française ne permet donc pas aux personnes célibataires et aux couples de même sexe d'y recourir. D'autre part, certaines techniques telles que la GPA, seule procédure médicale possible chez les couples d'hommes, sont prohibées.

En revanche, dans de nombreux pays, y compris européens, les femmes célibataires et/ou les couples de femmes peuvent recourir aux nouvelles techniques procréatives (Belgique, Finlande, Lettonie, Luxembourg, Serbie, États des États-Unis, Canada, Israël, Afrique du Sud, etc.). L'Espagne est un pays pionnier en la matière puisque la loi autorise l'insémination artificielle avec donneur chez les femmes indépendamment de leur orientation sexuelle depuis la création de la première banque de sperme en 1977 [12]. On observe en Europe une tendance à ouvrir l'AMP aux personnes célibataires et aux couples de même sexe. Cet accès est possible en Suède, en Islande et au Danemark depuis 2006, au Royaume-Uni depuis 2009. Contrairement à la France où l'accès à l'AMP est dicté par la loi de bioéthique, cette question est abordée, dans d'autres pays, par les lois sur la famille ou, aux Pays-Bas par exemple, par la loi sur l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes qui interdit aux prestataires de soins de pratiquer quelque discrimination que ce soit ; par conséquent, ni l'état civil ni l'orientation sexuelle ne peuvent y limiter l'accès à l'AMP. Par ailleurs, dans certains pays, le recours à la GPA est possible, y compris pour les couples d'hommes (Royaume-Uni, Russie, Géorgie, Ukraine, Roumanie, Canada, Inde, États-Unis, etc.). Le fait que ce recours soit possible ailleurs, dans des pays parfois très proches, fait que les exclus de l'AMP dans leur pays partent à l'étranger pour y concevoir ainsi leur enfant.

Le recours à l'AMP des couples de femmes semblerait exister depuis les années 1990, où certains chercheurs parlent de « Lesbian Baby Boom [13] », voire depuis les années 1980 aux États-Unis avec le groupe féministe d'auto-insémination (*feminist self-insemination group*). En France, d'après les entretiens, ce recours existait avant 1994, c'est à dire avant l'adoption de la première loi de bioéthique qui a restreint l'accès aux techniques procréatives aux couples hétérosexuels, mais il concernait alors très peu de couples. Un couple, présenté dans les entretiens comme emblématique, presque mythique, aurait mis en lumière la possibilité de recourir, chez les femmes, à une insémination artificielle avec donneur. Il s'agit de Carla et Marie-Laure, qui ont bénéficié d'une insémination en France et qui ont porté sur la scène publique et politique leur histoire : en effet, elles se sont battues pour que Carla adopte les enfants portés par Marie-Laure. Il y aurait eu ensuite une deuxième vague d'inséminations, cette fois-ci transfrontalières, à la fin des années 1990. Ensuite, ce recours aurait fortement augmenté à partir des années 2000 où, selon Annie, « ça a explosé ».

Où vont ces couples d'hommes et de femmes ? Comment se prend la décision du pays et du centre médical ? Les réseaux jouent ici un rôle clé, à la fois dans la décision de recourir à une AMP à l'étranger et sur les façons d'y accéder. Ces réseaux sont collectifs, personnels (amis, famille) et médicaux. Parmi les réseaux collectifs, il y a en premier lieu Internet et les forums de discussion où l'on trouve où aller, pourquoi, comment, ainsi que les retours d'expériences des personnes qui sont parties. Il y a également des associations qui ont formé des groupes de discussion spécifiques où s'échangent les expériences et les informations. Ces associations ont mis en ligne des guides de l'AMP à l'étranger, et organisent des journées d'études et de rencontres entre parents et futurs parents, voire avec les centres médicaux étrangers. Ces réseaux les aident à faire le « bon » choix, à prendre la décision « appropriée » et à définir la « meilleure » façon d'avoir un enfant. À travers le réseau associatif, ils décident de la destination et du centre de santé, et organisent parfois des groupes de voyage (c'est l'exemple du covoiturage pour aller à Bruxelles). Puis, une fois qu'ils sont parents, ils sont aidés par ces réseaux dans leur vie quotidienne, pour les formalités administratives, pour l'éducation et la socialisation de leurs enfants. Au niveau médical, les femmes doivent trouver un médecin qui est disposé à leur délivrer des ordonnances pour les échographies et les prises de sang, une recherche parfois difficile même si nombre de médecins généralistes et de gynécologues acceptent de suivre ces patientes et les soutiennent dans leurs démarches (en leur conseillant parfois un centre médical).

On observe ainsi toute une toile de fond sur laquelle se tisse cette option transfrontalière, et qui implique des médecins, des associations, et la société civile : le recours à l'AMP chez les couples de même sexe gagne ainsi en visibilité et progressivement en légitimité.

### **Les circuits transnationaux empruntés**

Le choix de la destination se fait en fonction du sexe des futurs parents, de la technologie sollicitée et surtout de l'accessibilité géographique et financière [14]. Pour les hommes, la principale destination observée reste les États-Unis, dans les États où la pratique est autorisée. Il s'agit d'une destination coûteuse, mais considérée comme une option sûre : des agences spécialisées ont été créées et prennent en charge les démarches médicales, administratives et juridiques. Les hommes peuvent également, comme Yannick, se tourner vers l'Inde : si la pratique n'y est pas légalement encadrée, cette destination est considérée comme le *low-cost* de la GPA. Les hommes rencontrés ont également évoqué de nouvelles possibilités en Europe de l'Est, en Russie et en Ukraine notamment. Ces pays furent décrits comme géographiquement plus proches et moins chers que les États-Unis ; s'ils n'ont pas été choisis, c'est du fait de l'absence de transparence de la pratique. Il existe aussi un « marché noir » en France, comme l'a expliqué Pierre, qui est stratégiquement plus accessible qu'ailleurs d'un point de vue financier, géographique et administratif.

La grande majorité des couples de femmes, pour leur part, se tournent vers la Belgique et l'Espagne. Les critères sont l'accessibilité, la rapidité et la qualité de la prise en charge médicale. La Belgique est décrite comme un pays géographiquement proche et accessible au niveau linguistique. Michaela raconte pourquoi, avec sa conjointe, elles sont parties en Belgique : « [En Espagne ou aux Pays-Bas.] on risquait d'avoir une barrière de la langue ; [...] nous on habite en région parisienne. [...] Paris/Bruxelles c'est super rapide, [...] donc on s'est dit qu'on allait privilégier le côté pratique, et c'est pour ça qu'on a choisi la Belgique. » Bien que les tarifs aient augmenté ces dernières années, ils restent plus abordables que ceux d'autres pays, mais les délais y sont plus longs (de plusieurs mois à deux ans). L'augmentation de la demande, notamment française, explique pourquoi les délais sont de plus en plus longs et la prise en charge médicale de plus en plus chère. Avec l'augmentation de la demande étrangère et une nouvelle loi imposant une limite de naissances pour chaque donneur, la Belgique a recours au sperme danois, essentiellement pour les ressortissants non-belges.

Les couples de femmes se tournent également vers l'Espagne. Les tarifs sont nettement plus élevés qu'en Belgique (3-4 fois plus) mais les délais de prise en charge sont plus courts (en moyenne trois mois). Ce recours aux cliniques spécialisées espagnoles concerne principalement les femmes vivant dans des départements situés plutôt dans le Sud de la France et celles souhaitant un accès plus rapide aux techniques procréatives. Fleur nous a expliqué que son âge ne lui permettait pas d'attendre trop longtemps avant de commencer les procédures médicales, et comme elle vit dans le Sud de la France, l'Espagne est pour elle une destination assez commode : « On a appelé [un centre médical belge] en décembre et on nous a dit qu'il y a 8 mois d'attente pour un premier rendez-vous. Donc, comme j'ai bientôt 38 ans, on s'est dit qu'on allait passer par l'Espagne [...]. C'était plus cher, mais bon. [...] On habite à Avignon, Barcelone, c'est à 5h de route maximum. C'est plus simple. »

La Belgique est donc moins chère mais moins rapide ; l'Espagne, plus rapide mais plus chère. Par ailleurs, dans ces deux pays, le don de sperme peut être anonyme, ce qui convient à la plupart des couples rencontrés. En revanche, certains couples de femmes font le choix de partir aux Pays-Bas, au Danemark ou en Finlande pour bénéficier d'un don non-anonyme, pour laisser la possibilité à l'enfant de connaître l'identité du donneur. Ellen, originaire de Finlande, explique :

« Finalement, la Finlande c'était un choix simple, je parlais la langue, (la Belgique aussi !), mais dans la liste, je connaissais des personnes qui y étaient déjà allées, comme ça, je savais où m'adresser même si c'était compliqué pour l'organisation pour aller jusque là-bas, mais ça on n'y a pas trop réfléchi (...). En Finlande à l'époque, y avait ce qu'on appelle le double cliché, c'est-à-dire qu'on pouvait choisir. C'était aussi quelque chose, enfin nous on avait choisi un donneur connu, c'est ça aussi qui nous a poussées à, enfin, c'était un des éléments... »

En vue d'optimiser leur projet d'avoir un enfant, certains couples combinent les options possibles. Pierre et la femme française qui portera son enfant se sont rendus en Espagne où ils se sont fait passer pour des homosexuels ayant un projet de coparentalité (la GPA étant interdite dans le pays) pour bénéficier d'une AMP. Nathalie, en couple avec Solange, a fait croire tout au long des procédures médicales qu'elle était en couple avec Serge, le coparent, pour pouvoir recourir à une AMP en France, puis à un don d'ovocyte en Grèce (réservé dans le pays aux femmes seules ou en couple hétérosexuel). Enfin, pour concrétiser le désir d'enfant et faciliter les démarches, Eva et sa compagne ont décidé de s'installer en Allemagne, où l'insémination artificielle pour les couples de femmes est possible, et où elles pourront également envisager ensemble l'adoption.

## Les issues du projet parental

Une fois les décisions prises et les choix faits concernant les modalités de réalisation du projet parental, commence dès lors un véritable parcours du combattant, au même titre que celui que vivent les couples hétérosexuels infertiles, mais d'autant plus compliqué avec les démarches administratives qu'il faut parfois contourner (le cas de la GPA notamment). Le recours à l'AMP chez les couples de même sexe, après généralement plusieurs tentatives, se solde parfois par des échecs, souvent par la naissance d'un enfant. L'homoparentalité issue de l'AMP est donc une réalité.

L'homoparentalité a été décrite dans nos entretiens comme socialement acceptée. Certes, taire l'« homophobie, c'est aussi présenter la société comme accueillante, prête à recevoir ces familles [15] », mais les entretiens que nous avons réalisés, tout comme ceux conduits par Virginie Descoutures auprès de mères lesbiennes en France, ne révèlent aucune expérience sociale négative. Les personnes rencontrées déclarent même qu'en général leur projet avait été mieux accueilli dans la société française qu'elles et ils l'avaient imaginé. Lorsqu'elles deviennent mamans, elles ne rapportent aucune difficulté, ni pour l'accouchement (par exemple pour que la compagne assiste à la naissance), ni à l'école, chez le médecin, dans le voisinage, etc. :

« Non, on n'a eu aucune réaction négative depuis le départ, là dans l'immeuble ça faisait 7 ans qu'on habitait là, tout le monde était très content, c'est beaucoup de personnes âgées, ils sont tous super contents, ils nous ont demandé comment on l'avait fait, on leur a expliqué, ils ont très bien compris (Françoise et Pauline, ayant un petit garçon suite à des démarches aux Pays-Bas et attendant un second enfant après des inséminations artificielles au Danemark).

Les femmes et les hommes rencontrés ne nient pas pour autant les éventuels jugements officieux, mais il y aurait comme une meilleure acceptation sociale des personnes homosexuelles, des femmes notamment, lorsqu'elles deviennent mères. Certaines expliquent à ce sujet que le fait de devenir mères leur a permis de se réconcilier avec leur famille puisqu'elles allaient donner des petits-enfants à leurs parents, et les rendre grands-parents. Sandrine, en couple depuis 10 ans, a 3 enfants après des inséminations en Belgique :

« Mes parents étaient très contents, mon père, il n'avait jamais eu de soucis par rapport... Enfin, il n'avait jamais pris ça de façon dramatique quand je leur ai dit que je vivais avec une femme, bon, ma mère ça a été beaucoup plus dur, elle m'avait demandé si je me rendais bien compte que ça voulait dire que j'aurais pas d'enfant, je lui avais dit à l'époque que ça voulait rien dire du tout mais [...] je savais que c'était quelque chose qui lui faisait très mal, donc [...] j'étais certaine, quasiment, elle serait heureuse d'avoir des petits enfants quoi, et en fait, [...] elle a été tout de suite très, très heureuse, donc ça c'est bien passé. »



En France, il y a une forte pression sociale à concevoir qui s'exerce principalement sur les femmes [16], d'autant plus forte avec les avancées de la médecine, qui stigmatise l'infécondité et l'infertilité. La maternité est socialement construite et perçue comme un devoir social pour les femmes. Chez les lesbiennes, devenir mère permettrait de réconcilier la sexualité et le genre, puisqu'elles se conforment au rôle procréatif attendu des femmes. Anne Cadoret écrit à ce sujet que les lesbiennes « avancent que, en tant que femmes, leur revendication de maternité est recevable, voire même les réintroduit dans la féminité [17] » puisque la maternité est encore vécue comme une étape nécessaire dans la construction de l'identité féminine. Dans ce contexte, l'homomaternité serait donc plus acceptée que l'homosexualité.

La société, à travers les entretiens, est apparue comme plus ouverte que la loi. Fleur explique à ce sujet :

« La loi est souvent ce qui change le plus tardivement. Les mentalités en général évoluent avant la loi. On l'a vu en France, là c'est la prof d'histoire qui vous parle, à de multiples occasions. Les filles avaient des relations sexuelles avec leur copain avant que les établissements scolaires ne deviennent mixtes, avant que les garçons soient autorisés d'aller visiter les filles dans les résidences étudiantes. Les femmes qui ne souhaitaient pas être mères se débrouillaient pour avorter avant que la loi existe. C'est souvent comme ça que ça se passe dans le domaine des mœurs dans notre pays. »

## **Réflexions autour du refus en France du projet (homo)parental issu de l'AMP**

Les longues discussions qui ont eu lieu autour de la révision de la loi depuis 2008 ne concernaient que les couples hétérosexuels. Les revendications liées à une possible ouverture de l'AMP aux célibataires et couples de même sexe sont restées lettre morte. Un article du Monde, daté du 6 octobre 2010, résume ainsi la situation : « Lors du débat sur la révision des lois de bioéthique, des députés, des psychanalystes, des chercheurs et des avocats ont cependant plaidé en faveur de l'ouverture de l'AMP à l'«infertilité sociale». Une voie clairement écartée par le gouvernement, qui souhaite, au contraire, réaffirmer la finalité médicale des techniques d'aide à la procréation. »

En effet, en France, l'AMP est définie comme un recours médical et non de « convenance », comme une réponse médicale à un problème biologique et non à une demande sociale. L'AMP est conçue comme un palliatif de l'infertilité intra et hétéro-conjugale. La philosophie générale de la loi bioéthique est donc de restreindre l'accès à l'AMP à des cas relevant du « pathologique » et ainsi d'exclure tous les cas liés à l'évolution des formes de vie en couple et de familles. Mais, paradoxalement, l'évolution des techniques procréatives ont créé de nouvelles attentes liées à l'apparition de ces familles diverses, telles que les familles homoparentales.

Les personnes rencontrées ne comprennent pas les restrictions et interdictions françaises étant donné la diversité actuelle des configurations familiales en France. D'autant plus que leur projet est réalisable, possible et légal, dans des pays frontaliers, à la fois proches culturellement et géographiquement. Concevoir un enfant dans un contexte homoparental fait l'objet d'une construction longue, réfléchie et éclairée du projet parental qui fait de la grossesse un événement obligatoirement programmé et désiré. Martine explique à cet égard :

Je pense que les couples homosexuels qui veulent, qui ont des enfants ont bien eu le temps de se poser dans le projet, de réfléchir un peu sur leur projet et ne font pas 'n'importe quoi' avec l'éducation de leurs enfants. [...] il y a des gens en France qui font des enfants sans avoir forcément réfléchi et c'est une démarche tout à fait tolérée par la France. [...] Mais quand des gens font une démarche très réfléchie de conception d'enfant, je pense que c'est un peu légitime que la France puisse un jour les laisser mener à bien leur projet.

Cette construction du projet parental a alors été évoquée comme garantissant un environnement sain pour l'enfant. Et toutes et tous déclarent avoir réfléchi bien « plus que la moyenne des hétéros » (Annie). Yannick, quant à lui, ne comprend pas pourquoi il doit justifier son désir paternel et pourquoi on lui refuse de le réaliser en France « alors que n'importe quel débile qui est alcoolique, qui bat sa femme peut lui faire 6 enfants ».

Dans de nombreux centres médicaux étrangers où se sont rendus les couples rencontrés, des consultations psychologiques les guident dans leur parcours d'AMP et dans leur façon d'élever leur enfant, sur la manière de lui construire et de lui raconter son histoire. Ces consultations sont parfois vécues comme stigmatisantes (puisque elles sont imposées aux seuls couples de même sexe), mais souvent comme bienveillantes : « Cet entretien psychologique nous a donné beaucoup d'éclairages sur comment

communiquer, informer sur l'histoire de notre enfant à l'âge de 5 ans ou à l'âge de 8 ans. Donc, très constructif » (Martine). Enfin, comme l'explique clairement Martine, « quand on a vraiment un désir d'enfant, on trouve toujours forcément un moyen ». Le refus d'ouvrir son accès en France, tout en ne pouvant l'interdire à l'étranger, et donc en n'ayant aucun contrôle dessus, interroge sur les fondements médicaux, éthiques et surtout sociologiques d'un tel refus et de son maintien.

Des études scientifiques ont émis des hypothèses quant aux réticences à l'encontre des familles homoparentales, qui permettraient de comprendre le refus d'ouvrir l'AMP aux couples de même sexe. Patricia Baetens et Anne Brewaeys [18] émettent plusieurs hypothèses, parmi lesquelles : les couples lesbiens seraient moins stables que les couples hétérosexuels ; les mères lesbiennes seraient moins maternelles que les autres femmes ; les enfants courraient le risque d'être troublés quant à leur identité sexuelle et auraient une probabilité plus élevée de devenir à leur tour homosexuels ; les enfants seraient perturbés au niveau social et émotionnel du fait de l'intolérance sociale.

Un des principaux arguments avancés est celui de vouloir préserver l'intérêt de l'enfant, celui-ci ne pouvant s'épanouir que dans le cadre d'une famille constituée de parents de sexes différents, au mieux biologiques ou sinon sociaux. L'idée sous-jacente est que deux parents de même sexe n'apportent pas un environnement familial approprié. Certains psychiatres et psychanalystes français expliquent à cet égard que le référent paternel et maternel est nécessaire pour le développement de l'enfant. Cette position a pourtant été réfutée par la Cour européenne des droits de l'Homme lorsqu'elle a condamné la France en 1998 puis en 2002 pour avoir refusé la demande d'adoption d'une femme homosexuelle.

Dans cette logique de préservation de l'intérêt de l'enfant, des questions subsistent. L'homoparentalité issue de l'AMP existe, c'est une réalité : quel est alors l'intérêt de l'enfant lorsqu'on ne reconnaît pas légalement ses parents, en cas de GPA ou par rapport à la mère lesbienne non statutaire ? Par ailleurs, doit-on ainsi considérer que les pays qui autorisent l'AMP chez les couples de même sexe négligent l'intérêt de l'enfant ? Que montrent les études scientifiques à ce sujet ? Il n'existe pas de recherche en France à cet égard, mais des études ont été menées au Royaume-Uni, en Belgique et aux États-Unis auprès de divers foyers y compris homoparentaux. Il nous semble intéressant de rendre compte de ces recherches, même si ces résultats concernent essentiellement les foyers de femmes : peu de données sur les familles homoparentales d'hommes existent à l'heure actuelle.

Susan Golombok a dirigé au Royaume-Uni une étude longitudinale de plusieurs années qui consistait à observer les relations parents-enfants et l'équilibre psychologique de ces derniers dans trois types de familles : famille hétérosexuelle, famille monoparentale de femmes, famille homoparentale de femmes. Les enfants de cette cohorte ont été rencontrés, observés et interrogés à trois reprises : pendant leur enfance, à 6 ans ; lors de leur adolescence, à 12 ans ; et au moment de l'entrée dans l'âge adulte, à 18 ans [19]. Une autre étude, réalisée en Belgique en 1997, portait sur 107 familles : 39 familles homoparentales de femmes et 38 familles hétérosexuelles dont l'enfant était issu d'insémination artificielle avec donneur, et 30 familles hétérosexuelles « classiques » dont l'enfant avait été conçu par relations sexuelles [20]. Il y a également les travaux de Chan, Raboy et Patterson de 1998 aux États-Unis, basés sur un échantillon de personnes ayant eu recours à la même banque de sperme, comparant donc 34 familles composées de couples lesbiens, 21 familles composées d'une mère lesbienne, 16 familles dont les couples étaient hétérosexuels, et neuf mères célibataires hétérosexuelles [21]. Enfin, l'étude menée aux États-Unis par Nanette Gartrell et Henry Bos entre 1986 et 1992 se base sur le suivi de 154 mères lesbiennes depuis la conception de leur enfant jusqu'à son âge adulte [22].

Ces études n'observent aucune différence entre les enfants nés et élevés au sein des familles homoparentales et hétéroparentales. Les adolescents qui ont été élevés par des mères lesbiennes depuis leur naissance montrent un développement semblable aux autres enfants, tant sur le plan affectif que comportemental et intellectuel. Les enfants élevés dans des familles tenues uniquement par des femmes ne connaissent aucun « trouble » particulier quant à leur identité sexuelle, et ne deviennent pas pour autant homosexuels. Concernant les foyers homoparentaux d'hommes, si l'on se réfère au peu de littérature existante, il n'y aurait aucune preuve concernant les effets négatifs supposés pour un enfant élevé par un homme homosexuel [23]. Ces études montrent que les enfants peuvent grandir dans des modèles familiaux très distincts qui n'affectent pas pour autant leur équilibre [24], et remettent en cause l'argument souvent avancé de l'intérêt de l'enfant [25].

## Conclusion

Les études menées auprès de familles homoparentales issues des nouvelles techniques procréatives ont conduit à des prises de positions claires des comités d'éthique, tel que l'association américaine de médecine reproductive qui préconise d'ouvrir le recours à l'AMP aux couples de même sexe,

puisqu'accepter ou refuser l'accès à l'AMP en fonction du statut marital et de l'orientation sexuelle apparaît comme infondé. L'AMP en France, à travers la loi bioéthique, rend visible de réelles inégalités sociales, de genre, puisque qu'elle marque des différences claires entre les couples de sexe différent et les couples de même sexe. Il est d'ailleurs patent que les pays qui ont ouvert l'AMP aux couples de même sexe sont également ceux qui ont légalisé le mariage homosexuel ou l'adoption chez les couples de même sexe, et qui donc ont des politiques plus ouvertes en matière d'égalité entre les sexualités.

À son tour, le recours transnational de l'AMP alimente des inégalités socio-économiques face au désir d'enfant et au projet parental, inégalités inhérentes aux restrictions législatives. Seuls les (futurs) parents ayant les capitaux économiques, sociaux et éducatifs peuvent se permettre d'aller à l'étranger. En effet, une AMP transfrontalière a un coût, à la fois direct (la prise en charge médicale et les gamètes) et indirect (le transport, la chambre d'hôtel), relativement élevés. Cette discrimination par l'argent est doublée par une discrimination « géographique ». Comme le résume Martine : « Pour quelqu'un qui vit dans la Creuse, c'est plus difficile de faire cette démarche, en plus des coûts de transport. Donc on en revient encore à cette notion financière. [...] Les gens qui n'ont pas cette proximité avec des pays où c'est légalement possible se retrouvent un peu coincés en France. » La plupart des personnes du corpus de l'étude appartenaient aux classes moyennes voire favorisées de la société, et avaient suffisamment de ressources pour concrétiser leur projet familial à l'étranger, mais elles ont reconnu que la réalisation d'un tel projet n'était pas accessible à toutes.

Au-delà des arguments éthiques et médicaux, la rigidité de la loi de bioéthique apparaît comme cohérente avec la norme procréative française [26] entendue comme l'ensemble des conditions socialement définies pour avoir un enfant, à savoir qui peut être parent (un homme et une femme), comment (par adoption, par relations sexuelles ou techniques médicales qui pallient l'infertilité hétéroconjugale) et quand (à quel âge). On retrouve d'ailleurs l'intériorisation de cette norme chez les personnes rencontrées dans la construction du projet parental (volonté d'une conception intraconjugale chez les femmes ; de référents paternel et maternel pour les hommes). L'encadrement de l'AMP en France serait alors conforme à cette norme, laissant ainsi peu de place et de légitimité à l'homoparentalité. Car celle-ci transgresse la norme procréative fondée sur l'hétéronormativité. Pourtant, les normes sociales se redéfinissent dans le temps et l'espace au gré des évolutions sociales, démographiques et, ici, médicales. Avec le recours aux nouvelles techniques procréatives émergent des normes procréatives alternatives qui, progressivement, bien que marginales, ne seront plus considérées comme transgressives dans la société française, agrandissant ainsi le décalage entre la législation et la réalité sociale si la loi ne change pas.

## Notes

- [1] Cadoret A., « Maternité et homosexualité », dans Knibiehler Y., *Maternité, Affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard Editions, 2001, p. 77-91.
- [2] Festy P., « Le recensement des familles homoparentales », dans Cadoret A., Gross M., Mecary C., Perreau B. (dir.), *Homoparentalités. Approches scientifiques et politiques*, Paris, PUF, 2006, p. 109-116.
- [3] Gross M., *L'Homoparentalité*, Paris, Editions Le Cavalier Bleu, 2009.
- [4] Cadoret A., « L'apport des familles homoparentales dans le débat actuel sur la construction de la parenté », *L'Homme*, 183, 2007, page 63.
- [5] Rozée V., « L'AMP sans frontière », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°23-24, 2011, p. 270-273.
- [6] Tous les prénoms des personnes interrogées ont été ici changés afin de préserver leur anonymat.
- [7] Expression empruntée à la thèse de Magali Mazuy (2006) qui analyse le désir de faire famille chez les couples hétérosexuels. Nous avons observé les mêmes raisons chez les couples de même sexe.
- [8] Gross M., « Désir d'enfant chez les gays et les lesbiennes », *Terrain*, vol.1, n°46, 2006, p. 151-164.
- [9] Desjeux C., « Homosexualité et parentalité : du désir d'enfant à sa réalisation », *Recherches et Prévisions*, n°93, 2008, p. 41-50.
- [10] Descoutures V., *Mères lesbiennes*, Paris, PUF, collection Partage du savoir, 2010.
- [11] Cadoret A., *op.cit.*, 2001, page 89.
- [12] Marina S., Marina D., Marina F., Fosas N., Galliana N., Jove I., "Sharing motherhood : biological lesbian co-mothers, a new IVF indication", *Human Reproduction*, 25(4), 2010, p. 938-941.
- [13] Patterson C.J., "Children of lesbian and gay parents", *Child Development*, 63, 1992, p. 1025-1042.
- [14] Rozée V. et Tain L., « Le recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux », dans Chasles V. (dir.), *Santé et Mondialisation*, Université Lyon III, 2010, p. 297-314.
- [15] Descoutures V., *op.cit.*, 2010, p. 131.
- [16] Mazuy M. et Rozée V., « Etude du sentiment d'infertilité en France », séance poster « Fécondité, famille, enfants », 26ème Congrès International de la Population, UIESP, Marrakech, Maroc, 27 septembre-2 octobre 2009.

- [17] Cadoret A., *op.cit.*, 2001, p. 82.
- [18] Baetens P., Brewaeyns A., “Lesbian couples requesting donor insemination : an update of the knowledge with regard to lesbian mother families”, *Human Reproduction Update*, 7(5), 2001, p. 512-519.
- [19] Golombok S. et Badger S., “Children raised in mother-headed families from infancy : a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood”, *Human Reproduction*, 25(1), 2010, p. 150-157.
- [20] Brewaeyns A. et al., “Donor Insemination : Child Development and Family Functioning in Lesbian Mother Families”, *Human Reproduction*, 12(6), 1997, p. 1349-1359.
- [21] Chan R., et al., “Psychosocial Adjustment Among Children Conceived via Donor Insemination by Lesbian and Heterosexual Mothers”, *Child Development*, 69(2), 1998, p. 443-457.
- [22] Gartrell N., Bos H., “US National Longitudinal Lesbian Family Study : Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents”, *Pediatrics*, 126(1), 2010, p. 28-36.
- [23] American Society for Reproductive Medicine (ASRM), “Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons”, *Fertility and Sterility*, 92(4), 2009, pp.1190-1193.
- [24] Pennings G., “Evaluating the welfare of the child in same-sex families”, *Human Reproduction*, 26(7), 2011, pp. 1609-1615.
- [25] Merchant J., « L’intérêt de l’enfant. Homoparenté et homoparentalité aux États-Unis », [\*La vie des idées\*](#).
- [26] Bajos N. et Ferrand M., « L’interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, 61, 2006, p. 91-117.