

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—  
**Tome XXVII  
publié le 27.11.2003**



*VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2003*

# **Procréation médicalement assistée sans rapports sexuels**

M. DUBOIS\*, M. HOUMONT\*\*  
(Liège)

Créés au départ pour répondre à des problèmes d'infertilité tant masculine que féminine, les Centres de Procréation Médicalement Assistée (PMA) se trouvent aujourd'hui confrontés à des demandes sortant largement de ce cadre thérapeutique initial.

Parmi celles-ci, les demandes d'inséminations avec sperme de donneur (IAD) émanant de femmes seules ou vivant en couple homosexuel continuent à soulever de nombreuses controverses. Le conflit éthique - souvent largement empreint de présupposés religieux - est celui qui oppose le respect de la vie privée et du droit des minorités à mener une vie normale à l'intérêt de l'enfant à avoir un père.

La diversité des attitudes dans les différents pays européens face à cette question témoigne en suffisance de la difficulté du problème.

Ainsi, l'insémination artificielle des femmes célibataires ou vivant en couple homosexuel est expressément autorisée par la loi espagnole (loi du 22 novembre 1988) et celle du Royaume-Uni, est – en pratique

\* M.D., Ph. D

\*\* Docteur en Psychologie

Centre de Procréation Médicalement Assistée

Département de Gynécologie Obstétrique de l'Université de Liège (Prof. J.M.Foidart) – LIÈGE. Belgique.

– admise en Belgique, aux Pays-Bas et au Luxembourg. Elle est par contre prohibée par les législations française, allemande, autrichienne, suédoise, norvégienne et suisse.

Le projet de recommandation élaboré au sein du Conseil de l'Europe admet l'insémination artificielle d'une femme célibataire, estimant ne pouvoir faire de discrimination entre la femme mariée et non mariée, et renvoie cette délicate question aux législateurs nationaux en précisant que « l'IAD ne peut être pratiquée que s'il existe des conditions appropriées au bien-être du futur enfant ».

La loi française n° 94-654 du 29 juillet 1994 réserve l'assistance médicale à la procréation au couple formé par un homme et une femme, qui doivent être mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans.

Le législateur français considère donc le couple hétérosexuel comme la seule structure propre à favoriser l'épanouissement normal d'un enfant. La famille biparentale mixte classique reste l'image de référence excluant tout modèle unilinéaire ou homoparental.

En Belgique, les différents projets de textes législatifs traitant de ces aspects des PMA sont restés sans suite à ce jour.

Le débat juridique que soulève la licéité de telles interventions médicales a fait l'objet d'une analyse rigoureuse par Nathalie Massager dans son ouvrage : « *Les Droits de l'enfant à naître* » (4).

Deux thèses s'affrontent : d'une part, celle défendue par Marie-Thérèse Meulders-Klein, partant de l'idée qu'un médecin n'exerce légitimement sa pratique que lorsque celle-ci repose sur la nécessité thérapeutique d'intervenir, ainsi que sur les conditions d'utilité et de proportionnalité des actes posés, sous peine d'engager sa responsabilité pénale et civile.

« Même et surtout en l'absence de réglementation spécifique, les nouvelles techniques de procréation obéissent aux conditions générales de licéité des actes médicaux et aux règles de droit commun de la responsabilité médicale. [...] à savoir non seulement le port d'un diplôme de médecin, mais aussi : la nécessité thérapeutique, préventive ou curative d'intervenir ; la stricte utilité et la proportionnalité des actes posés par rapport au but légitime poursuivi ; et enfin le consentement libre et éclairé du patient, celui-ci étant toujours nécessaire mais jamais suffisant pour justifier une atteinte à l'intégrité physique. » (5).

Les conclusions dégagées par cet auteur au terme de son analyse sont claires : « Les demandes formulées par une femme seule ou formant un couple homosexuel ne répondent pas aux conditions de nécessité médicale, à moins de considérer, comme certains médecins le font, que l'absence de partenaire masculin est une « cause de stérilité »,

et que la santé, au sens de la définition élargie de l'Organisation Mondiale de la Santé comme « état de complet bien-être physique, mental et social », postule qu'un enfant puisse être tenu pour remède ou instrument d'un tel bien-être. En outre, les interventions qui satisfont ces demandes ne répondent pas non plus à la règle de la proportionnalité des risques, car les filiations atypiques, quel que soit du reste le mode de conception, sont trop lourdes à supporter pour l'enfant ».

Ces arguments sont réfutés point par point par A. Heyvaert : « On peut difficilement nier que le médecin agit de manière médicalement justifiée lorsqu'il intervient, en tenant compte de l'état le plus récent des connaissances et des possibilités médicales pour guérir, préserver ou favoriser la santé de son (ses) patient(s). La santé est l'état de bien-être physique, mental et social de la personne. La santé (et, par là, la maladie) ne constitue donc pas une donnée purement objective, mais est également déterminée par des facteurs personnels subjectifs.[...] La question de savoir si un acte médical se justifie dans un cas donné ne peut en principe être résolue par la référence abstraite à l'état-civil d'une personne (par exemple le fait d'être marié ou non). On ne peut davantage se fonder sur l'origine de la "souffrance". Celle-ci peut être physique ou psychique.[...]. Il ressort que la question de savoir si l'assistance médicale à la fécondation peut se justifier dans un cas déterminé ne peut être tranchée de manière décisive en faisant référence à des données abstraites, telles que l'état-civil de l'intéresséR ou sa nature sexuelle. D'un point de vue purement médical, l'assistance à la fécondation peut être tout autant justifiée dans le chef d'une célibataire que dans celui d'une femme mariée. » (6).

En l'absence de législation, le soin de décider d'autoriser ou de refuser l'accès aux inséminations artificielles par donneur aux femmes seules ou vivant en couple homosexuel revient aux Centres de PMA et aux Comités de Bioéthique locaux dont ils dépendent.

Pour notre part il nous paraît tout aussi contestable d'interdire par voie légale de façon discriminatoire l'accès de l'IAD à des femmes ayant fait un certain choix de vie que d'obliger un médecin à appliquer cette technique dans une situation qu'il juge inacceptable.

IAD CHEZ LES FEMMES SEULES OU VIVANT  
EN COUPLE HOMOSEXUEL : L'EXPÉRIENCE LIÉGEOISE.

La banque de sperme fut créée en 1973 et fait partie aujourd'hui du Centre de Procréation Médicalement Assistée de l'Université de Liège (CPMA-Ulg).

Les premières demandes d'IAD émanant de couples de femmes homosexuelles datent du début des années 80. Marginales à l'époque, elles représentent aujourd'hui une part importante de l'activité de la Banque de sperme, et ce d'autant plus que les indications masculines de recours à l'IAD se sont considérablement réduites avec le développement des techniques de micro-injection spermatique (ICSI : Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) au départ de spermatozoïdes éjaculés ou directement prélevés au niveau épидидymaire ou testiculaire.

Au cours de l'année 2002, 73 demandes émanant de femmes vivant en couple homosexuel et 43 demandes émanant de femmes seules ont été répertoriées.

La majorité des demandes enregistrées dans notre Centre viennent de l'étranger et en particulier – à la fois pour des raisons de proximité relative et de facilité linguistique – de France (Fig. 1).

Si la moyenne d'âge des femmes vivant en couple homosexuel (âge moyen : 32,1 ans – extrêmes : 22-45 ans) ne diffère pas de celle des couples hétérosexuels qui consultent dans notre centre, il n'en est pas de même pour les femmes célibataires en demande d'IAD (âge moyen : 38 ans – extrêmes : 27-51 ans) (Fig. 2).

La plupart de ces patientes ont eu connaissance de l'adresse du centre soit au travers d'associations homosexuelles (APGL...) soit au travers des sites Internet abordant ces thèmes.

Lors de leur prise de contact, ces patientes sont invitées à prendre rendez-vous à la fois auprès de l'une des psychologues du CPMA et auprès de l'un des gynécologues du centre.

Dans la mesure du possible, ces deux consultations ont lieu le même jour afin d'éviter aux patientes étrangères de multiples déplacements.

Deux psychologues sont attachées au CPMA et reçoivent systématiquement ces demandes alternatives. Ces entretiens sont intégrés dans un schéma d'examen et peuvent prendre, pour les patientes, l'allure d'un passage de douane délivrant un certificat d'aptitude à la parentalité.

Figure 1

Origine géographique des patientes en demande d'IAD

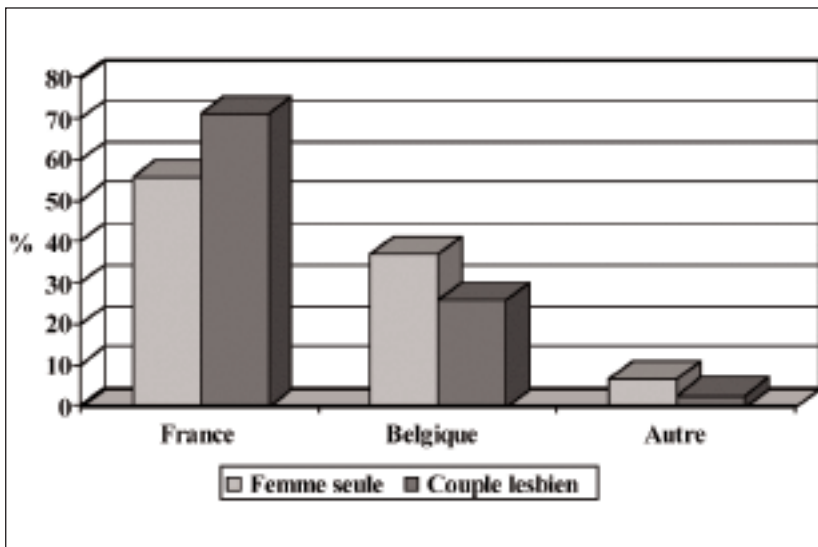
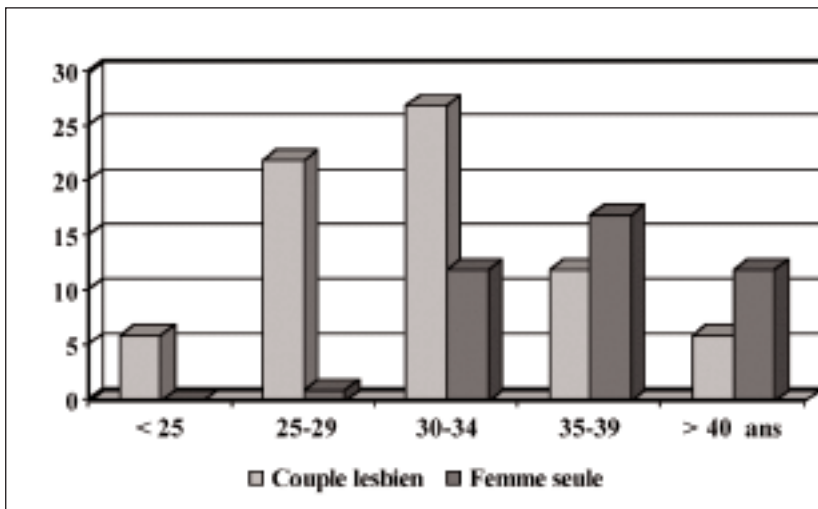


Figure 2

Répartition par classe d'âge des patientes en demande d'IAD



Ce biais est loin d'être innocent et peut empêcher l'instauration d'un climat de confidentialité et d'authenticité qui seul autorise un éclairage pertinent sur le contexte psycho-affectif de la demande.

La fonction du psychologue est ici déviée de sa destination initiale qui est de favoriser une verbalisation libre des affects, des expériences, des désirs, sans crainte de jugement.

Nous sommes très conscients de cet aspect et attentifs à proposer aux patientes un espace de parole et d'écoute, d'où peuvent surgir une lecture plus nuancée du vécu, une nouvelle piste de réflexion.

Le nombre d'entretiens est variable selon les cas rencontrés mais, dans les demandes originaires de l'étranger, un seul entretien se révèle en pratique réalisable, ce qui nous paraît largement insuffisant. Dans de nombreux cas, nous proposons un accompagnement psychologique à réaliser dans la région d'origine, afin d'approfondir les différentes composantes s'infiltrant dans une demande d'enfant élaborée dans ces contextes particuliers.

Au terme de ces examens, le dossier est alors présenté en réunion pluridisciplinaire.

Il nous paraît en effet important que la décision quant à la suite à donner aux différentes requêtes ne soit pas le fait d'une seule personne mais le reflet d'une décision collégiale des différents intervenants : médecins, biologistes, psychologues, infirmières... (Fig. 3 et 4).

Malgré le souci de clarté, d'objectivité, de partage des avis divergents, nous sommes conscients de ne pas offrir aux patientes un cadre référentiel suffisamment structuré et de ne pas échapper à l'appréciation subjective.

De surcroît, nous n'avons à ce jour que des informations parcelaires quant à l'évolution des enfants ou des familles après réussite du traitement.

Notre réflexion, au stade actuel, est donc grevée d'espaces lacunaires, d'absence de repères susceptibles de nous conforter dans une conviction d'adéquation et de poursuite de cette pratique dans les situations rencontrées.

Néanmoins, les territoires de réflexion et les questions se précisent au fur et à mesure de l'expérience.

Notre attention est principalement attirée par la conscientisation de la démarche, par la réflexion articulée autour de l'enfant, de son évolution, de ses questionnements dès lors qu'il est conçu dans une configuration familiale éloignée de la représentativité sociale.

*PMA SANS RAPPORTS SEXUELS*

Figure 3

Avis remis après examen des dossiers – Couple homosexuel

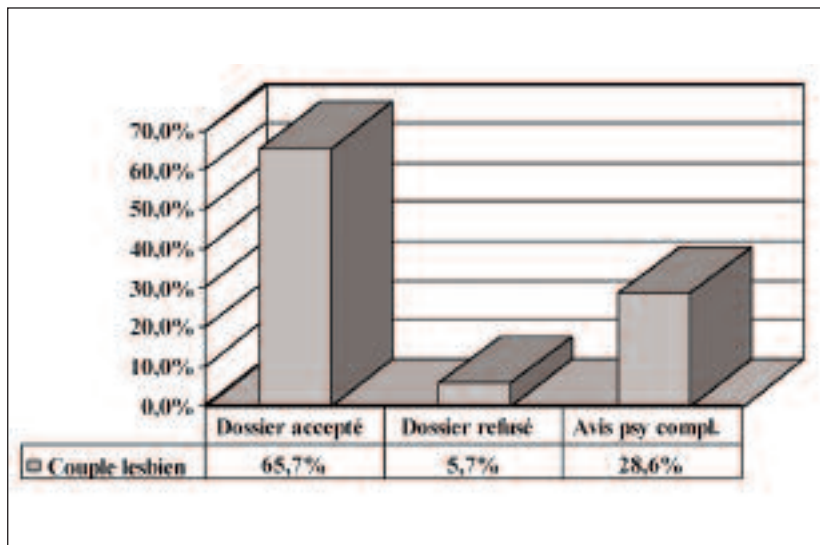
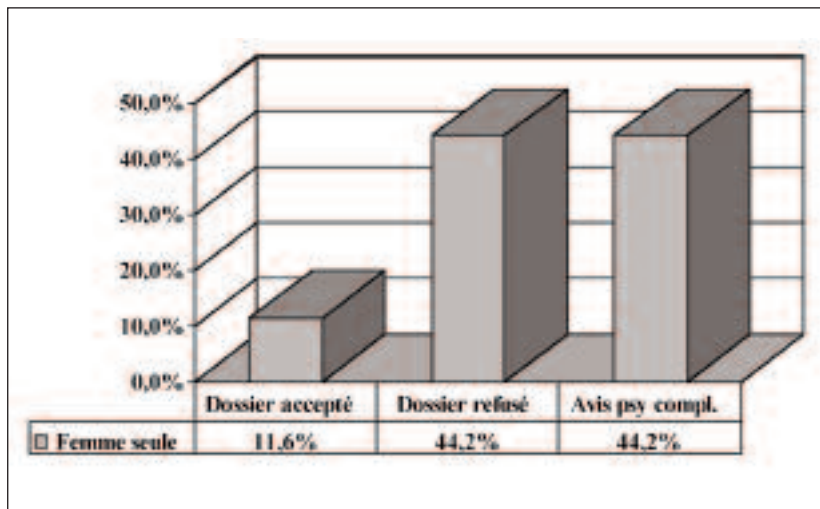


Figure 4

Avis remis après examen des dossiers - Femme seule





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

La spécificité de leur orientation sexuelle et l'inscription de celle-ci dans leur univers les ouvrent à une réceptivité souvent plus souple à la critique, abandonnant au temps la capacité de mûrir l'attitude et la compréhension de tout un chacun.

Il n'y a pas souvent de demandes axées sur l'urgence, le temps est déjà inscrit dans la gestion de leur cheminement.

L'enfant est présent dans leur discours, d'une manière claire et spontanée. Il est présent dans leurs représentations, inscrit dans une configuration familiale au sens large, où parents, frères et sœurs respectifs, avertis du projet et favorables à sa réalisation, se proposent de jouer chacun le rôle qui leur est imparti.

Le souci relatif à la place et au rôle exercé auprès de l'enfant par la compagne de la future mère, celle que d'aucuns appellent la mère « sociale », fait aussi l'objet d'un débat.

Dépourvue de toute existence légale, sa place se définit surtout en fonction de la qualité des liens tissés avec la future mère comme avec les membres représentatifs de la famille.

Dans les situations que nous acceptons comme candidatures à l'IAD, nous avons cette appréciation positive d'une place faite à l'enfant, d'une capacité à l'aimer, d'être attentif à lui, à ses besoins, à ses souffrances aussi. Ces patientes sont ouvertes à la remise en question et se disent prêtes à faire appel à un accompagnement psychologique si le besoin s'en fait sentir. Les situations que nous rencontrons et qui ne répondent pas à ces critères sont soit mises en attente, soit refusées.

Il est à préciser que l'ouverture plus large de la procédure d'AMP à des situations alternatives nous confronte davantage aujourd'hui à des conjonctures moins privilégiées, tant sur le plan matériel qu'affectif et intellectuel.

Plusieurs études ont été réalisées à ce jour sur le vécu psycho-affectif, au sens large, d'enfants ayant grandi dans un milieu homosexuel. Nous citerons l'étude longitudinale réalisée en Angleterre entre les années 1970 et 1990 par Fiona L. Tasker et Susan Golombok (8).

Cette étude comparative, réalisée par entretiens semi-structurés et questionnaires, dans une orientation comportementaliste, met en évi-

dence l'absence d'impact, sur l'évolution de l'enfant, de l'appartenance sexuelle de la mère.

Ces enfants ne présentaient pas plus de perturbations psychiatriques que ceux élevés dans des familles hétérosexuelles. Selon les auteurs, ils ont bien réussi à l'âge adulte, ont de bonnes relations avec leur famille, leurs amis et leur partenaire. Leur orientation sexuelle, tout en étant plus encline à explorer les relations homosexuelles, est, pour la plupart, de type hétérosexuel.

D'autres études, citées par Stéphane Nadaud (7), soulignent globalement les mêmes résultats. Sa propre recherche, réalisée par questionnaires adressés aux parents, aboutit aux mêmes conclusions.

L'homoparentalité n'aurait donc pas, au niveau comportemental, d'impact significatif sur l'évolution de l'enfant.

Il ne nous appartient pas ici de discuter les objectifs ni les méthodologies utilisées pour la conduite de ces études, mais les résultats nous laissent insatisfaits. De nombreuses questions relatives au fonctionnement psychique de ces enfants, et sur lesquelles nous reviendrons, restent toujours ouvertes. Par contre, ces études sont plutôt rassurantes quant aux capacités de maternage, d'encadrement affectif dont se montrent, semble-t-il, capables les couples lesbiens.

Un enfant conçu dans le cadre d'une relation homosexuelle, même s'il relève souvent du désir d'un membre du couple, prend sens justement en raison de cette relation.

C'est l'existence du lien affectif entre deux femmes, en ce qu'il assure la présence d'un tiers, qui autorise, pour celles-ci, la mise en acte du désir d'enfant.

Il n'en est pas de même lorsque les femmes célibataires nous rencontrent en vue d'une procédure d'IAD.

Dans ces cas, qui sont certes moins nombreux, le désir de complétude narcissique est beaucoup plus évident.

L'absence de l'homme dans leur propre vie, son évacuation dans la conception, tant physiologique que symbolique de l'enfant, visent à une relation duelle, affectivement très investie, non pas tant pour l'enfant lui-même, mais pour la valorisation ou la réparation qu'il est censé apporter, pour le sens qu'il donnera à leur vie.

Certaines femmes célibataires se dégagent de ce schéma lorsque la démarche en vue d'une IAD a été précédée d'une procédure préalable à une adoption.

Cette procédure, impliquant plusieurs entretiens psychologiques sur un laps de temps d'un an, leur a permis d'approfondir leurs moti-

ventions, voire de mieux comprendre la nature de leur désir d'enfant dans la situation qu'elles ont instaurée.

Elles décrivent souvent une déception amoureuse non dépassée, une difficulté à s'imprimer dans la vie, à en accepter ses aspects castreurs.

Elles maintiennent généralement une relation très forte avec leur famille d'origine.

Elles décrivent, de manière récurrente, des constellations familiales telles que celles-ci :

– des liens très étroits avec les parents, avec les frères et sœurs eux-mêmes célibataires et sans enfant, vivant à proximité les uns des autres ;

– une situation particulière de certaines patientes, aînées « sacrifiées » de leur famille, préoccupées prioritairement du bien-être de chacun au détriment de la prise en considération de leurs propres aspirations.

L'enfant espéré alors à un âge plutôt tardif est porteur d'aspirations qui dépassent ses propres prérogatives. Privé de sa place légitime dans une famille triangulée et dans la succession des générations, l'enfant est censé combler les manques, les désirs non réalisés qui ne le concernent pas.

Ces situations présentées par les femmes célibataires font généralement l'objet d'investigations plus approfondies qui peuvent déboucher sur l'abandon du projet.

Plusieurs questions se bousculent à l'appréciation de ces demandes, questions relatives à l'évolution psychique des enfants ainsi conçus mais relatives aussi, à moyen ou à long terme, à la modification des repères parentaux. Ces aspects sont très difficiles à évaluer au stade actuel de notre action.

La place du désir d'enfant est à nouveau soulevée au travers de ces demandes paradoxales. Que signifie-t-il ?

Dans les situations des femmes célibataires comme des couples lesbiens, nous assistons à une non-reconnaissance, à une non-acceptation du caractère infertile de la relation ou de la situation existentielle. Cet état de fait, par nature incontournable, est jugé intolérable et doit trouver une solution. Ce désir d'enfant, comme dans d'autres configurations rencontrées en PMA, se transforme en un droit à l'enfant, en une volonté d'enfant qui rencontrent les aspirations médicales.

Marie-Magdeleine Chatel a très bien développé cet aspect tout au long de son ouvrage (1).

Elle dit notamment : « *On se tourne vers la médecine toute-puissante pour traiter le manque d'enfant. Il est devenu possible de faire un enfant hors sexe, hors*

*corps, au défi des lois du désir et du sexe, de faire l'enfant halluciné, l'enfant impossible, en toute légitimité. »*

Que recouvre ce désir d'enfant lorsque la conception est voulue sans homme, sans le recours réel et symbolique à ce tiers combien représentatif dans sa fonction de complémentarité par rapport à la femme, dans la triangulation qu'il offre au sein de la relation avec l'enfant ?

Cette fertilisation néantise l'homme, sa place et son rôle et ne convoite qu'une chose : son sperme, dont l'identité est à jamais plongée dans l'anonymat, noyée dans les vapeurs glacées d'azote liquide.

Le secret du don, encore souvent préservé chez les couples hétérosexuels afin de garantir l'intégrité narcissique de l'homme infertile, n'est plus de mise dans les situations dont nous nous préoccupons.

L'enfant aura accès à la vérité sur sa conception mais devra composer avec l'évacuation de la fonction paternelle comme avec l'impossibilité de toute identification quant à son géniteur.

Ces dimensions, capitales à nos yeux pour l'évolution psychique d'un enfant, sont évoquées dans les entretiens avec les patientes mais font souvent, de leur part, l'objet d'un raccourci, d'un évitement gommé par le souci du dialogue, de la volonté de transparence, de l'assurance d'un amour garanti qui sauve tout.

Une observation mérite ici d'être signalée à l'approche progressive de ces problématiques.

Dans les couples lesbiens rencontrés, bon nombre de patientes ont connu un parcours hétérosexuel avant de s'engager dans la voie de l'homosexualité. Cette orientation est mise sur le compte du hasard ou de la qualité d'une rencontre qui semble avoir galvanisé leur énergie psychique et pulsionnelle. Certaines d'entre elles ont été mariées, ont eu des enfants qui partagent d'ailleurs la vie du nouveau couple.

Questionnée sur ce changement dans leur vie sexuelle, elles signalent pour la plupart que l'appartenance sexuelle du/ou de la partenaire est sans importance eu égard à la qualité de l'échange affectif et relationnel qu'elles ont découvert.

Le sexe de l'enfant à venir, soit-il fille ou garçon, apparaît aussi dans leur discours comme sans importance.

Cette indifférence apparente pour son propre sexe et celui de l'autre, comme pour celui d'un enfant, pose question quant à l'établissement de l'identité sexuelle de certaines patientes comme sur les répercussions de celle-ci sur l'enfant.

Ce type de rencontre n'est pas sans rappeler l'homosexualité avec la mère primitive, celle du premier âge, qui nous concerne tous et qui

conduit au phantasme inconscient de faire un enfant avec la mère, « l'enfant halluciné, impossible », dont parle Marie-Magdeleine Chatel.

Mais phantasme et réalité ici se confondent, avec les conséquences que l'on peut craindre.

Conséquences identitaires pour un enfant car, depuis l'aube de l'humanité, l'histoire de tout un chacun, sa place dans le monde, trouve son origine dans la vie érotique et sexuelle de ses parents.

C'est cette rencontre spécifique là, quelles qu'en soient la nature ou les modalités dont on pourrait longtemps discuter, qui donne sens à l'existence de chaque individu et conditionnera ses dimensions psychiques et relationnelles.

La différenciation sexuelle constitue le tissu humain premier dans lequel évolue l'enfant, et ce dès son plus jeune âge, c'est-à-dire dès les premiers mois de sa vie.

Annette Fréjaville (2) souligne bien la nécessité de cette rencontre différentielle pour la maturation identitaire de l'enfant :

*« La différence des sexes prend un sens sitôt perçue, liant définitivement la notion de différence à la perception sensorielle. [...] L'enfant distingue en même temps le père et la mère, chacun ne prenant son sens qu'en fonction de l'existence de l'autre. [...] Il n'y a pas de nécessité d'un rôle comportemental spécifique associé à ceux qui occupent les rôles de mère et de tiers. [...] Mais il faudra qu'un jour la différence prenne sens de différence sexuelle, que les deux sexes soient représentés dans le monde extérieur, pour que l'enfant situe sa propre perception de lui-même, sa propre identité vis-à-vis de l'un et de l'autre. »*

Comment l'enfant peut-il construire ses repères identificatoires dans une structure familiale construite sans différenciation sexuelle, sans pôles représentatifs de la transmission de la vie et de l'enchaînement des générations ?

Comment peut-il construire sa subjectivité sans s'affronter à l'altérité, aux institutions généalogiques et à leurs interdits qui confèrent à chaque individu le sens des limites mais aussi son espace personnel de liberté ?

Comment peut-il aussi organiser symboliquement son rôle de futur parent sans confrontation préalable avec l'interdit de l'inceste, interdit fondateur qui assigne à chacun, père, mère et enfant, sa place respective ?

Vers quel type de société nous dirigeons-nous si nous voulons dépasser toutes les limites, peut-être jusqu'à ce que notre liberté nous détruise ?

Françoise Héritier (3) nous rappelle bien la nécessaire acceptation de la différenciation sexuelle, de la reconnaissance de l'altérité pour la poursuite d'une humanité digne de sens.

La tentation totalitaire d'une reproduction entre soi, d'une uniformisation des genres proposée notamment par le clonage, si elle est techniquement possible, n'est pas socialement ni psychologiquement tolérable.

Il n'en reste pas moins que la mise en cause de l'irréversibilité de la cellule et l'habileté dont se montre aujourd'hui capable l'être humain à se reproduire par d'autres moyens que ceux offerts par la nature, refont la question sur la destinée de l'homme et des sociétés.

Les demandes alternatives de parentalité, même si elles demeurent statistiquement peu significatives, ouvrent la voie à une modification des repères parentaux en l'absence de toute codification culturelle, ce qui ne sera pas sans conséquence sur les relations futures entre les sexes et sur l'organisation des sociétés.

#### *Résumé*

*La pratique, de plus en plus courante, d'inséminations artificielles avec sperme de donneur dans des situations alternatives telles que les couples lesbiens et les femmes célibataires, fait surgir bon nombre de questions :*

*- Questions relatives à la licéité de l'acte médical lui-même, au bien-fondé de cette procédure, à l'adéquation de ses indications.*

*La diversité des législations dans les pays européens (ou, pour certains, l'absence de législation) reflète bien la difficulté du débat éthique en ce domaine.*

*- Questions relatives aussi aux conséquences de ces pratiques sur l'évolution psychique des enfants conçus et élevés sans repère paternel.*

*Nous voyons se profiler, pour les générations à venir, des modifications dans la configuration familiale dite « nucléaire » et ce sans référence culturelle établie.*

*L'impact réel de ces fécondations « hors liens sexuels » tant sur l'individu que sur les sociétés ne sera vraisemblablement accessible que dans plusieurs années.*

### Bibliographie

1. Chatel M. Malaise dans la Procréation. Les femmes et la médecine de l'enfantement. Albin Michel éd., Paris, 1998.
2. Fréjaville A. De la scène primitive à l'homosexualité primaire et à la paranoïa. *Rev Franç Psychanal* 1, 1982, 43-61.
3. Héritier F. Masculin/Féminin. II. Dissoudre la hiérarchie. Odile Jacob, Paris, 2002.
4. Heyvaert A. De nieuwe procreatietechnieken en de afstammingswet van 31 maart 1987, *VI Tijd Gezond* 1987; pp. 227-246.
5. Massager N. Les droits de l'enfant à naître. Bruylant éd., Bruxelles, 1997.
6. Meulders-Klein M.T. Les droits de l'enfant face au droit à l'enfant et les procréations médicalement assistées. RTDC, Bruxelles, 1988.
7. Nadaud S. Homoparentalité. Une nouvelle chance pour la famille ? Fayard, Paris, 2002.
8. Tasker F, Golombok S. Grandir dans une famille lesbienne. Quel effet sur le développement de l'enfant ? *ESF, Issy-les-Moulineaux*, 2002.