



HAL
open science

Biotechnologies et procréation : vers un nouveau genre de la famille et de la parentalité ?

Virginie Rozée

► To cite this version:

Virginie Rozée. Biotechnologies et procréation : vers un nouveau genre de la famille et de la parentalité ?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2019, 67 (4), pp.194-198. 10.1016/j.neurenf.2018.11.002 . hal-02203928

HAL Id: hal-02203928

<https://hal.science/hal-02203928>

Submitted on 25 Oct 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Biotechnologies et procréation : vers un nouveau genre de la famille et de la parentalité ?

Biotechnologies and procreation: to a new kind of family and parenthood?

V. Rozée

Institut National d'études démographiques (Ined)

Unités de recherche « Fécondité, famille, conjugalité » et « Santé et droits sexuels et reproductifs »

133 boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20

+33 6 30 72 90 65

virginie.rozee@ined.fr

Conflit d'intérêt : aucun

Résumé

Objectif : L'objectif est de mieux comprendre les projets parentaux et familiaux de futurs parents considérés « hors norme » en France (couples de même sexe, femmes seules, mères « âgées », couples qui recourent à un tiers) à partir de leurs propres discours et expériences et d'interroger, depuis une perspective sociodémographique, leurs impacts sur la parentalité et la famille en France.

Méthode : Trois principales études conduites par l'auteure entre 2008 et 2012, et qui ont été publiées, sont mobilisées. Le corpus total est composé de 176 entretiens avec des hommes, des femmes et des couples qui ont, pour la plupart, recours aux biotechnologies pour concevoir un enfant (le plus souvent à l'étranger).

Résultats : Les entretiens ainsi menés montrent que les individus et couples qui recourent aux biotechnologies pour construire une famille dérogent à la norme sociale dominante de la famille et de la parentalité qui définit socialement le moment et la situation appropriés pour être parents (avoir entre 25 et 40 ans, être un couple hétérosexuel ayant une relation stable et privilégiée, et concevoir un enfant au sein de cet union) ; tout en reproduisant certaines composantes normatives (un enfant à deux chez les couples de même sexe, l'idéal du père chez les femmes seules, avoir un enfant plus jeunes chez les femmes plus âgées).

Conclusion : Les biotechnologies participent à la diversification des parentalités, à la pluralisation des familles et, de fait, à la déconstruction des normes dominantes. Elles s'incarnent cependant dans des projets qui restent statistiquement marginaux.

Mots clés :

Biotechnologies ; norme procréative ; famille ; parentalité ; France

Abstract

Objective: The objective is to better understand the parental and family projects of unconventional future parents in France (same-sex couples, single women, “old” mothers and couples who use a third party) from their own discourses and experiences and to question, from a socio-demographic perspective, their impact on parenthood and the family in France.

Method: Three main studies conducted by the author (2008-2012) and published are mobilized. The total corpus is made up of 176 interviews with men, women and couples who mainly use biotechnologies (most often abroad) to conceive a child.

Results: The interviews thus conducted show that individuals and couples who use biotechnologies to build a family, derogate from the dominant social norm of family and parenthood that socially defines the appropriate moment and situation to be parents (to be between 25 and 40 years old, to be a heterosexual couple into a stable and privileged relationship, and to conceive a child within this union); but doing so, they also reproduce other normative components (a two-parent child in same sex couples, the ideal of the father in single women, being a mother earlier in women over 40).

Conclusion: Biotechnologies contribute to the diversification of parenthood and the pluralization of families. In doing so, they participate in the **deconstruction of dominant norms. However, they are embodied in projects that remain statistically marginal.**

Key words:

Biotechnologies; procreative norm; family; parenthood; France

Introduction

Les biotechnologies de la reproduction, désignée sous le terme générique d'assistance médicale à la procréation (AMP), représentent en France 3,1% des naissances (1). Cette proportion n'est pas négligeable et elle est en constante augmentation depuis plusieurs décennies. Elle reste néanmoins fortement minoritaire par rapport aux conceptions par relations sexuelles.

Les biotechnologies créent de nouvelles façons de faire des enfants et d'accéder à la parentalité.

En théorie, ces techniques permettent aujourd'hui de devenir parents quels que soient son sexe, son genre, son histoire, ses choix de vie, son âge, sa situation conjugale. Elles élargissent le champ des possibles procréatifs.

Accès restreint en France

Cependant, en France, l'accès aux biotechnologies de la reproduction est strictement encadré et limité.

Elles sont en effet réservées aux couples femme-homme, en âge reproductif, et ayant une infertilité avérée, excluant ainsi les couples de même sexe et les personnes seules. La prise en charge médicale de l'infertilité est donc hétéronormative et intraconjugale. Elle est aussi bioconjugale puisque le recours à un tiers (gestatrice, donneur, donneuse) est interdit, restreint ou compliqué. Les biotechnologies privilégient ici la fabrication « biologique » au sein d'un couple (avec transmission des gènes) de son propre enfant. Les biotechnologies sont donc destinées à pallier une infertilité médicale et à créer une procréation au plus près de celle qui aurait été obtenue par relations sexuelles.

Cet encadrement fait écho aux familles et parentalités majoritaires en France puisqu'en 2009, il était estimé que 91 % des enfants âgés de 0 à 3 ans vivaient avec leurs deux parents de sexes différents (2). Il fait également écho au modèle normatif de la famille et de la parentalité en France, celui qui est socialement considéré comme légitime.

En sociologie, on parle de norme sociale dominante. Là, en l'occurrence, le modèle fait écho à la norme sociale dominante, appelée « norme procréative », qui a été décrite dans des travaux sociologiques autour de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) (3).

Ces études montrent à travers les caractéristiques de celles qui décident de renoncer à la maternité, ce qui est socialement considéré comme « *le moment et la situation appropriés pour devenir enceinte* » : avoir « idéalement » entre 25 et 35 ans (ce serait plutôt 40 ans aujourd'hui) et entretenir une relation stable et privilégiée avec un homme, qui sera le père du futur enfant. On retrouve cette norme procréative dans la façon dont les biotechnologies sont encadrées, pratiquées et vécues en France (4).

Certes, il est possible de devenir parents en adoptant mais la parentalité biologique reste socialement la plus valorisée. Dans mes recherches, l'adoption est d'ailleurs souvent apparue comme un choix *a posteriori*, les individus et couples s'engageant massivement vers une solution médicale avant d'envisager l'adoption.

De nombreux individus et couples veulent un enfant qui leur soit biologiquement lié mais ils souhaitent surtout un enfant dès la naissance pour ne pas avoir à affronter un bagage parfois lourd d'un enfant adopté.

Ils anticipent aussi les difficultés à adopter en France et à l'international et considèrent le recours aux biotechnologies, y compris dans un autre pays, comme plus facile et avec de meilleures chances d'avoir au final un enfant.

Objectif

A la veille de la révision des lois de bioéthique en France, **prévue début 2019**, certains cas semblent parfois interroger dans la société française (pour ne pas dire déranger), notamment les projets familiaux de futurs parents considérés comme « hors norme » (ceux des couples de même sexe, des femmes seules, des futures mères « âgées » et des couples qui recourent à un tiers). L'objectif est de comprendre ces projets à partir des discours et expériences des personnes concernées et de rendre compte, depuis une perspective sociodémographique, de leurs impacts sur la parentalité et la famille en France.

Matériel et méthodes

Pour cela, je mobilise trois études, essentiellement qualitatives, que j'ai menées entre 2008 et 2012 :

- sur l'infertilité en France avec 25 entretiens auprès d'hommes et de femmes en couple hétérosexuel et en recherche de grossesse (5)
- auprès de 20 couples de même sexe qui souhaitent devenir parents (6)
- sur les recours transnationaux de l'AMP en Europe au cours de laquelle j'ai interrogé 131 femmes, hommes et couples (7-9).

Les entretiens ainsi menés montrent que ces individus et couples qui recourent aux biotechnologies (le plus souvent à l'étranger) pour construire une famille, dérogent à la loi et/ou à la norme procréative (les deux étant intimement liés) tout en reproduisant également certains schèmes traditionnels et normatifs.

Résultats

L'hétéronormativité de la famille

Concernant les familles homoparentales, en 2006, selon les estimations, il y avait entre 24 000 et 40 000 enfants vivant en France au sein d'une famille homoparentale (10). La plupart de ces enfants étaient nés dans une configuration hétérosexuelle, c'est-à-dire avant l'union de même sexe.

Cette estimation a certainement augmenté avec les nouvelles possibilités médicales sans pour autant qu'on connaisse le nombre exact de familles homoparentales issues des biotechnologies.

Si les couples de même sexe revendiquaient dans les années 1970 le droit à la différence, aujourd'hui, ils revendiquent le droit à l'indifférence (11), et donc le droit à être parents. Ces couples n'ont pas attendu les avancées de la médecine pour avoir des enfants. Mais aujourd'hui, leur accès à la parentalité peut être assisté médicalement hors de la France (essentiellement en Belgique et en Espagne).

Par rapport à la norme procréative, ces couples déconstruisent l'hétéronormativité : désormais, on n'est plus obligé d'être en couple hétérosexuel pour fonder une famille. Néanmoins, dans leur projet, on retrouve des « *résidus de conformité à la norme hétérocentrée* » (12), p.95, ceux de la norme intraconjugale et de la filiation biologique.

Il y a en premier lieu une construction conjugale du désir d'enfant et la recherche d'un modèle familial « classique » et « triangulaire », à deux parents et un (voire plusieurs) enfant(s). La recherche de cette intraconjugalité familiale s'observe lorsque les femmes recourent à un don de sperme puisque la majorité d'entre elles optent pour un don anonyme, inhibant ainsi la présence du tiers dans la conception de l'enfant.

Les couples de femmes que j'ai rencontrés assument leur projet maternel qu'elles décrivent comme légitime et presque banal, puisque le couple hétérosexuel n'est plus le socle de la famille.

Par ailleurs, la parentalité semble chasser les stigmates de l'orientation sexuelle : « *d'un point de vue hétéronormatif, une mère, quand bien même lesbienne, est moins condamnable qu'une lesbienne qui n'a pas d'enfant* » (12), pp.121-122.

L'intraconjugalite de la reproduction

Les familles monoparentales ont, quant à elles, plus que doublé en 40 ans. Elles représentaient, en 2007, 20% des familles françaises (contre 9,4% en 1968) (13).

Elles ne sont plus aujourd'hui perçues comme des familles « déviantes », mais plutôt comme des familles « variantes » (12), et elles sont également variées car il est désormais possible de construire une famille monoparentale avec les biotechnologies.

Loin d'un projet féministe, la décision de recourir à un donneur de sperme est souvent justifiée par l'absence d'un père potentiel et comme une option plus honnête et plus saine que d'autres alternatives (comme la relation sexuelle d'un soir).

Pour autant, comme l'exprime Elsa, « 'A 41 ans, [elle a] fait un enfant toute seule. C'était tout sauf un caprice' » (article de *L'OBS*, 4 octobre 2017). Il s'agit de devenir mère avant qu'il ne soit trop tard et la situation de monomaternité est alors espérée provisoire.

Une étude récente sur les pères italiens célibataires qui décident de concevoir un enfant par gestation pour autrui (GPA) fait les mêmes observations : l'idéal pour ces hommes aurait été de concevoir un enfant dans le cadre du couple mais pris par le temps, l'absence de conjoint-e, et la volonté d'avoir un enfant génétiquement lié, ils décident, par défaut, d'avoir recours aux biotechnologies à l'étranger (la GPA étant interdite en Italie) (14).

Comme pour les couples de femmes, les histoires et discours de ces femmes soulignent une forte intériorisation de la norme procréative, à laquelle elles s'apprêtent pourtant à contrevenir.

Certaines des femmes interrogées se posent la question de la légitimité et du bien-fondé de leur choix :

« Pour moi un enfant c'était oui il faut un père, une mère, enfin un couple traditionnel » (Annabelle, 39 ans, scénariste) ;

« Est-ce que j'ai le droit de lui infliger ça [au futur enfant] ? » (Anne, 38 ans, hôtesse de l'air).

Car le modèle normatif est également socialement considéré comme étant le « meilleur » cadre familial pour un enfant.

Pourtant, aucune des études menées depuis les années 1990 auprès d'enfants issus des biotechnologies dans différentes configurations familiales ne prouve qu'un enfant s'épanouit davantage dans une configuration hétérosexuelle et intraconjugale (15-20).

Leur projet parental est alors parfois incompris ou critiqué par leur entourage. Le fait, par exemple, de créer sciemment une famille sans père, sans référent paternel et masculin. Mais comme pour les pères seuls italiens, la majorité des femmes déclarent recevoir le soutien de leur familles et ami-e-s après la naissance de l'enfant. Accéder à la parentalité chasserait donc également les stigmates du célibat et de la monoparentalité choisie.

L'âge normatif de la maternité

Les femmes en France qui réalisent leur projet maternel après 40 ans sont largement minoritaires mais de plus en plus nombreuses. En 2015, un nouveau-né sur 20 avait une mère de 40 ans et plus (21).

Techniquement, il est désormais possible de concevoir un enfant à un âge plus tardif en ayant recours notamment au don d'ovocytes ou en amont à la vitrification ovocytaire. Ces mères plus âgées déconstruisent donc l'âge normatif de la parentalité (25-40 ans).

Chez les femmes que j'ai interrogées qui tentaient de concevoir un enfant après 40 ans, certaines ont expliqué qu'elles ne se sentaient pas prêtes avant. La majorité a en revanche raconté qu'avoir un enfant à cet âge n'était pas un choix (d'ailleurs, la plupart de ces femmes avait moins de 40 ans quand elles se sont lancées dans le projet parental).

L'expérience maternelle a été différée pour les mêmes raisons développées dans d'autres études sur les maternités tardives : une rencontre tardive du conjoint, un fort investissement professionnel, une rupture et une seconde union (22) et un long parcours d'échecs d'AMP en France (63% des femmes interrogées dans l'étude sur les recours transnationaux de l'AMP).

Elles ont conscience de réaliser un projet qui va à l'encontre de ce qui est accepté par la société française comme le raconte Anna (46 ans, chercheure) :

« J'ai l'impression que dans la société, il y a quand même un stigmatisme de femmes de mon âge qui veulent encore avoir un enfant. La vieille mère, ce n'est pas quelque chose de vraiment accepté. Chez certains médecins, j'ai l'impression que c'est un peu "pourquoi vous n'avez pas fait un gamin à 25 ans et vous vous décidez maintenant, à 45, 46 ?". Donc si vous n'avez pas réagi plus tôt c'est soit vous êtes incapable au niveau relationnel, soit vous êtes une horrible carriériste qui met son boulot en avant ».

De par ces trajectoires, on observe un déplacement de la norme du « bon » âge à devenir mère. La maternité tardive est en effet décrite, au final, comme cohérente avec l'amélioration des conditions de vie, l'augmentation de l'espérance de vie, l'allongement des études, etc., des évolutions démographiques qui induisent un projet maternel plus tardif.

L'unicité des conditions biologiques

La plupart des couples qui se rendent à l'étranger pour bénéficier d'une AMP recourent à un don de gamètes, essentiellement d'ovocytes.

Ces couples déconstruisent la bioconjugalité de la reproduction ; et les femmes de ces couples contreviennent à l'unicité des conditions biologiques de la reproduction.

Avant l'introduction des biotechnologies et leur développement en France, la mère était la femme qui avait des relations sexuelles et était enceinte. Cette participation corporelle et génétique était indissociable et il en va encore ainsi pour la majorité des maternités et dans les représentations collectives.

Parce qu'elles n'ont participé que partiellement à la conception de leur enfant, les femmes qui recourent au don d'ovocytes ont parfois du mal à se créer des espaces de légitimité. Elles craignent de ne pas être considérées par leur entourage et par leur futur enfant comme la « véritable mère ».

« Ca m'a interrogé beaucoup sur : est-ce que moi je peux être mère de cet enfant-là ? Qu'est-ce que ça me fait à moi que de pas être génétiquement de la partie ? Est-ce que je peux l'aimer ? Est-ce que je peux aimer dans ces conditions-là ? Enfin voilà, il y avait beaucoup d'interrogations de ce côté-là »

(Sophie, 40 ans, psychologue)

« Mais alors, ça veut dire que ce n'est pas tes ovocytes ? Mais alors, ce n'est pas tes gènes ? Mais alors, ce n'est pas vraiment ton enfant ? » (Géraldine, 38 ans, cadre supérieure – elle reporte ici les propos de son entourage lorsqu'elle a annoncé qu'elle recourait à un don d'ovocytes).

La donneuse d'ovocytes est, à cet égard, souvent définie comme la « véritable » mère de l'enfant. L'anonymat du don est ainsi parfois présenté comme plus commode du fait de cette représentation

de la donneuse : « *L'anonymat, c'est mieux car comme ça, la maman, c'est moi !* » (Ève, 46 ans, sans activité professionnelle).

On observe le même amalgame entre donneur et père chez les femmes seules et les couples de femmes qui recourent à un don de sperme : l'anonymat est parfois décrit comme une tranquillité de l'esprit.

Pourtant, des dispositions légales explicites ont été prises sur la filiation pour exclure toute paternité du donneur ou maternité de la donneuse.

À l'inverse, d'après les témoignages et revendications de certaines associations, ni les donneurs et donneuses, ni les enfants issus de dons ne considèrent la personne qui a fourni le matériel génétique comme un parent (23).

Les craintes formulées par les femmes concernées seraient donc l'effet de l'intériorisation de la norme procréative.

Conclusion

Les biotechnologies participent à la diversification des parentalités et à la pluralisation des familles. Se faisant, elles participent à la déconstruction des normes dominantes, en particulier la norme procréative.

Ces familles et ces parentalités restent néanmoins marginales (dans le sens statistique) : elles restent nettement moins nombreuses que les familles dites « classiques ». Elles sont cependant de plus en plus visibles dans la société française et semblent avoir gagné, au fil des années, en légitimité comme l'écrit Serge Rabier dans *The conversation* (20 juillet 2017) :

« Les désirs non traditionnels de parentalité de plus en plus revendiqués ont trouvé dans l'existence objectives de ces techniques [les NTR] des moyens pratiques de réalisation. (...) ces évolutions anthropologiques et la construction de nouveaux modèles [sont] désormais pensables, c'est-à-dire non seulement revendiquées par des « minorités » mais aussi acceptées par la majorité ».

Les biotechnologies ne représentent pas une révolution démographique : elles ne produisent aucun changement dans les dynamiques démographiques.

Elles ne représentent pas non plus une révolution sociologique. Certains vieux schèmes normatifs restent ancrés dans ces projets marginaux : faire un enfant à deux chez les couples de même sexe, l'idéal du père chez les femmes seules, avoir un enfant plus jeunes chez les femmes plus âgées.

Déroger à certaines composantes de la norme procréative explique en partie pourquoi certains individus et couples ont parfois du mal à se créer des espaces de légitimité. Ce qui peut impacter sur l'enfant. Non pas que l'enfant rencontre des problèmes de développement mais le regard social peut être difficile.

Susan Golombok, qui a réalisé de nombreux suivis d'enfant au Royaume-Uni (24), a déclaré à ce sujet (*Le temps*, 5 septembre 2017) :

« De nombreuses personnes pensent que plus un modèle familial dévie de la norme, plus l'impact sur l'enfant sera négatif (...). Cette opinion est basée sur des préjugés (...). Les gens ont souvent peur de ce qu'ils ne connaissent pas ou de ce qui n'entre pas dans la norme. Mais il suffit parfois qu'un individu soit concerné par le sujet pour qu'il change d'avis. Par ailleurs, plus la réalité de ces familles non traditionnelles sera portée à la connaissance du grand public, plus elle aura des chances d'être acceptée ».

Références bibliographiques

1. Biomédecine Adl. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2014. 2015.
2. Breton D, Prioux F. Observer la situation et l'histoire familiale des enfants. In: Régnier-Loilier A, editor. Portraits de familles L'enquête Étude des relations familiales et intergénérationnelles. Paris: Ined; 2009. p. 143-67.
3. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemporaines*. 2006(61):91-117.
4. Rozée V, La Rochebrochard (de) E. L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France : reflet de la norme sociale procréative? *Santé, Société et Solidarité*. 2010(2):109-14.
5. Rozée V, Mazuy M. L'infertilité dans les couples hétérosexuels: genre et "gestion" de l'échec. *Sciences sociales et santé*. 2012;30(4):5-29.
6. Rozée V. L'homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational. *Raison Publique*. 2012(307).
7. Rozée V. Elles font des bébés toutes seules. *Terrain*. 2013(61):134-49.
8. Rozée V. Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation. *Recherches Familiales*. 2015(12):43-55.
9. Rozée V, La Rochebrochard (de) E. Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium. *Human Reproduction*. 2013;28(11):3103-10.
10. Festy P. Le recensement des familles homoparentales. In: Cadoret A, Gross M, Mecary C, Perreau B, editors. Homoparentalités Approches scientifiques et politiques. Paris: PUF; 2006. p. 109-16.
11. Cadoret A. Maternité et homosexualité. In: Knibiehler Y, editor. Maternité Affaire privée, affaire publique. Paris: Bayard Editions; 2001. p. 77-91.
12. Descoutures V. Les Mères lesbiennes: PUF/Le Monde; 2010.
13. Eydoux A, Letablier M-T. Les familles monoparentales en France. Centre d'études de l'emploi, 2007.
14. Carone N, Baiocco R, Lingardi V. Single fathers by choice using surrogacy: why men decide to have a child as a single parent. *Human Reproduction*. 2017;32(9):1871-9.
15. Brewaeys A, Ponjaert I, Van Hall EV, Golombok S. Donor Insemination : Child Development and Family Functioning in Lesbian Mother Families. *Human Reproduction*. 1997;12(6).
16. Chan RW, Raboy B, Patterson CJ. Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Child Development*. 1998;69(2).
17. Gartrell N, Bos H. US National Longitudinal Lesbian Family Study : Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents. *Pediatrics*. 2010;126(1).

18. Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadva V. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013(54):653-60.
19. Serafini P. Outcome and follow-up of children born after in-vitro fertilization-surrogacy (IVF-Surrogacy). *Human Reproduction Update*. 2001;7(1):23-7.
20. Weissenberg R, Landau R, Madgar I. Older single mothers assisted by sperm donation and their child. *Human Reproduction*. 2007;22(10):2784-91.
21. Bellamy V. En 2015, un nouveau-né sur 20 a une mère de 40 ans ou plus. *Insee Focus*. 2016(64).
22. Toulemon L. Who are the late mothers? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2005;53(HS2):13-24.
23. Théry I. *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*. Paris: EHESS; 2010.
24. Golombok S. *Modern Families. Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge: Cambridge university press; 2015.