



Renforcer les droits sexuels et reproductifs

CONTRIBUTION DE L'INTER-LGBT AU DEBAT BIOETHIQUE

I. L'Inter-LGBT : qui sommes nous ?

L'Interassociative Lesbienne, Gaie, Bi et Trans, créée sous le nom de Lesbian & Gay Pride Ile-de-France en 1999, est une Association loi de 1901, membre de la CNCDH (Commission nationale consultative des Droits de l'Homme), du Réseau d'Assistance aux Victimes d'Aggressions et de Discriminations (RAVAD), de Transgender Europe, de l'ILGA Europe (Equality for lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe) et du Centre LGBT de Paris Ile de France.

Regroupant près de 60 associations lesbienne, gaie, bi et trans, l'Inter-LGBT a pour but de lutter contre les discriminations fondées sur les mœurs, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, dans le cadre de la promotion des droits humains et des libertés fondamentales. L'inter-LGBT s'inscrit dans une démarche de plaidoyer politique et s'adresse aux pouvoirs politiques et institutionnels. L'interassociative fonctionne en réseau avec les associations et structures partenaires luttant contre les discriminations en France et à l'international.

L'Inter-LGBT organise chaque année la Marche des Fiertés lesbiennes, gaies, bi et trans, la plus grande manifestation politique récurrente de France, qui rassemble chaque années des centaines de milliers de personnes. L'édition 2017 avait un mot d'ordre pleinement d'actualité portant sur l'ouverture de la Procréation Médicalement Assistée à toutes les femmes.

Elle organise aussi le Printemps des Assocés (salon annuel des associations LGBT proposant également des ateliers thématiques) et d'autres interventions publiques ; elle participe au dialogue politique et social ; elle soutient des projets inter-associatifs et favorise à la fois la visibilité des associations LGBT et l'émergence d'une stratégie collective. Elle est financée essentiellement par les cotisations des associations membres et une collecte de fonds lors de la Marche des Fiertés LGBT dénommée Octroi.

II. Les enjeux bioéthique pour les personnes LGBT

1. Réformer la parentalité et protéger les enfants

L'Inter-LGBT milite pour que les familles homoparentales soient enfin pleinement reconnues, que tous les enfants soient protégés à l'identique quelque soit la composition de leur famille ou leur mode de conception et que toutes les personnes qui le souhaitent puisse essayer de fonder une famille, ce qui passe par une réforme de la filiation pour permettre de reconnaître tous les parents dès la naissance (contrairement à la procédure actuelle qui passe par une adoption et prend des mois, voir des années) et par la transcription de l'état civil des enfants nés de GPA à l'étranger, conformément aux décisions de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, qui a déjà condamné cinq fois la France à ce sujet.

L'Inter-LGBT se mobilise pour que l'autonomie des femmes en matière de droits sexuels et reproductifs soient enfin pleinement reconnue et que l'accès à la parentalité ne soit plus l'objet de préjugés et d'obstacle liés à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, au statut conjugal, mais aussi à l'état de santé, au handicap, à la couleur de peau ou à la classe sociale. L'autonomie des femmes, c'est leur permettre de choisir si et quand elles veulent, ou non, essayer de fonder une famille. Ceci passe par l'ouverture de la PMA à toutes les femmes, ainsi que l'autorisation de l'autoconservation des ovocytes et du double don.

Plus largement, il s'agit non d'un pseudo droit à l'enfant fantasmé par certains, mais de permettre à toutes celles et ceux qui le souhaitent d'essayer de fonder une famille, dans un contexte de recul de l'adoption,

notamment à l'international. Faisons confiance à ces femmes et à ces couples : toutes les personnes qui envisagent une procédure par PMA le savent ; ce n'est en rien une garantie d'avoir un enfant, juste une chance supplémentaire qui leur est offerte. Et l'ouverture de la PMA aux femmes célibataires bénéficiera aussi aux hommes : ces femmes seront nombreuses à rencontrer par la suite un compagnon qui élèvera l'enfant avec elle et en deviendra le père, comme cela ce fait déjà par exemple après des divorces. N'oublions pas que nombreux sont ceux qui rencontrent une compagne après 40 ans, souhaiteraient devenir père mais ne le peuvent car celle-ci n'est malheureusement plus fertile.

Il est important de remettre cette question dans une perspective sociale : dans un contexte de difficultés économiques, les femmes, mais plus généralement les couples doivent faire des études plus longues, et n'accèdent à un premier CDI que vers 29 ans ce qui conduit logiquement à un recul de l'âge du premier enfant, la plupart des personnes attendant de stabiliser leur situation financière avant de se lancer dans un projet parental. Ce projet est de plus en plus difficile à mettre en place pour les femmes qui doivent gérer de front le démarrage de leur carrière professionnelle et la maternité, alors que la plupart des tâches ménagères et parentales leur incombent toujours. Et de leur côté les hommes doivent faire face à une forte baisse de leur fertilité, notamment pour des causes environnementales encore mal connues, ce provoque une hausse des recours à la PMA et au double don.

2. Protéger les personnes trans et Intersexe

Les personnes trans et intersexes font l'objet de graves discriminations dans le domaine de la santé. Selon une enquête d'Arnaud Alessandrin et Karine Espineira de 2014, 65% des personnes trans ont du faire face à de la transphobie du corps médical ! Elles subissent notamment des refus de soins, des remarques et questions déplacées et sont encore régulièrement mégenrées, même dans des consultations spécialisées. Elles sont parfois obligées de participer à des études sans être en mesure de donner un consentement libre et éclairé, ou de donner des informations qui relèvent de leur vie privée comme leur orientation sexuelle ou leur religion (au mépris de la loi de 1978 interdisant le recueil de ces informations) : comment refuser quand on vous menace de ne pas vous donner le feu vert pour l'opération de réassignation tant attendue ? On leur demande ainsi de passer des tests psychologiques, comme le Rorschach, sans même leur en donner la restitution. D'autre part, les psychologues et psychiatres qui assurent le suivi des patients sont les mêmes que ceux qui décident de l'accès aux différentes étapes du protocole, ce qui les empêche de construire une bonne relation thérapeutique : les personnes trans en difficulté n'osent pas se confier par peur de ne pas avoir leur soutien. Enfin, faute d'un Protocole National de Diagnostic et de Soins, les médecins conseils choisissent les soins qu'ils acceptent de rembourser, menant à de grandes disparités sur le territoire et à des situations parfois dramatiques avec des personnes en grande précarité à qui l'on refuse la prise en charge des déplacements pour une opération ou l'hormonothérapie.

Quant aux personnes intersexe, la situation est gravissime. Leur droit à disposer de leur corps n'est toujours pas reconnu : elles subissent des opérations génitales mutilantes, avec de très lourdes conséquences, avant d'être en âge de donner leur consentement au mépris de plusieurs condamnations de l'ONU et de la recommandation du Conseil de l'Europe.

III. Les dispositions concrètes que nous demandons :

1. L'ouverture de la PMA à toutes les femmes

Pour mettre fin à la discrimination actuelle qui réserve l'accès aux procédures de Procréation Médicalement Assistée (Insémination et Fécondation In Vitro) aux couples hétérosexuels, nous demandons que les femmes en couple lesbien et les femmes célibataires y aient accès, et que ces procédures soient prises en charge par la sécurité sociale, comme c'est le cas pour les couples hétérosexuels, et ce même en l'absence de pathologie diagnostiquée.

La situation actuelle est particulièrement cynique, puisque grâce à l'adoption intraconjugale nos familles peuvent être reconnue par le droit, mais que l'on continue de nous envoyer à l'étranger pour les fonder, d'autant qu'il y a de moins en moins d'enfants à adopter à l'international. Cette mesure, en faveur de laquelle le CCNE s'est prononcé en juin 2017 permettra de mettre fin à une inégalité entre les femmes qui ont les moyens de s'exiler dans les pays voisins et les autres, d'assurer un meilleur suivi médical tant physique que psychologique des femmes qui y ont recours. En effet, comment bien prévenir les risques liés à la stimulation ovarienne quand il y a le praticien prescripteur est à l'étranger ? Comment assurer un bon accompagnement en cas de début de grossesse difficile ou de fausse couche ? Enfin, il n'est pas acceptable que des femmes doivent se mettre en danger en ayant recours à des donneurs trouvés sur internet dont on ne connaît ni les motivations, ni l'état de santé faute de pouvoir payer des soins coûteux à l'étranger. C'est pourquoi il est essentiel que la loi permette le remboursement des tentatives de PMA des femmes célibataires et des femmes en couple, mais aussi le double don. Dans le cas contraire, nous remplacerions une discrimination par une autre, plus insidieuse encore, basée sur les revenus de la personne ou du couple ? Cela mènerait à une politique eugéniste ne permettant qu'aux plus riches de se reproduire, car ce sont des procédures qui peuvent coûter cher. Il nous semble que le principe d'égalité républicaine veut que si une procédure est remboursée pour certains, elle le soit pour tous, à conditions égales. De plus, en ce qui concerne la PMA, cela reviendrait à faire peser une charge plus lourde pour les femmes célibataires et les couples de femmes, alors que celles-ci, à équivalent temps plein, gagnent toujours 18,6% de moins que les hommes ! Notons aussi qu'actuellement une grande partie de la procédure est déjà prise en charge, puisque toute la grossesse et souvent les examens et traitements nécessaires aux inséminations et aux FIV sont déjà prescrits par des gynécologues français et donc remboursés. Enfin l'argument d'une différenciation des remboursements basée sur une opposition entre « l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué » tel qu'inscrit dans le code de la santé publique et « l'infertilité sociale » est dépassé : environ 10% des couples hétérosexuels ayant actuellement recours à une PMA en France et bénéficiant d'une prise en charge ne souffrent d'aucune pathologie identifiée. Il s'agit aussi donc aussi d'une infertilité « sociale ».

Concernant l'autoconservation des gamètes, des modalités spécifiques de remboursement peuvent être envisagées si la demande devenait très forte et donc la charge trop lourde pour la sécurité sociale (ce qui nous paraît néanmoins assez improbable). Eventuellement, cela pourrait être conditionné à un bilan de fertilité, ou à des profils à risque pour certaines pathologies. Cependant, il nous semble éthiquement inacceptable qu'une différence soit faite entre les femmes et les hommes, ou que celui-ci soit réservé à celle qui acceptent de faire en plus un don, ce qui reviendrait à une forme de chantage rappelant les dispositions actuelles.

2. L'autoconservation des ovocytes pour toutes les femmes et des gamètes pour les personnes trans

Face à l'augmentation problèmes de fertilité des couples et au recul de l'âge du premier emploi il nous semble très important de donner aux femmes, et aux couples le plus de possibilités pour accéder à la parentalité. Permettre aux femmes de conserver leurs ovocytes leur donnera plus de temps pour trouver le bon-ne partenaire avec qui fonder une famille et réunir les conditions matérielles au bien-être et à la sécurité de l'enfant.

D'autre part, contrairement à la conservation des spermatozoïdes, la conservation des ovocytes nécessite du temps. En conséquence, des femmes qui devraient y avoir accès dans les conditions actuelles de la législation ne le peuvent pas, car elles ne vont pas repousser un traitement de plusieurs semaines ou mois pour faire un prélèvement en cas de diagnostic d'un cancer. L'ouverture plus large de cette procédure en France pourra permettre à plus de femmes, notamment celles qui se savent à haut risque de contracter une maladie dont le traitement comporte des risques, de se prémunir à l'avance contre l'infertilité. Enfin cela mettra fin à une disposition extrêmement cynique de la loi de 2011, comme l'a souligné l'Académie de médecine, qui ne permet de conserver ses ovocytes qu'en cas de don, et ce seulement si la femme en a au

moins 6, les 5 premiers étant réservés pour le don ! Et sachant que tous les ovocytes prélevés ne seront pas utilisés, cela permettra en outre à long terme de disposer de plus de donneuses.

Enfin, les personnes trans font face à une discrimination de la part des CECOS : alors même que la loi en vigueur depuis 2004 précise "En vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinale, (...) de tutelle, lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité, ou lorsque sa fertilité risque d'être prématurément altérée", les CECOS refusent la conservation des gamètes des personnes trans qui commencent un traitement hormonal ou vont effectuer une opération ayant pour conséquence une infertilité. Quant aux hommes trans hormonés n'ayant pas subi d'opération stérilisante en couple hétérosexuel on leur demande parfois de réaliser une hystérectomie-ovariectomie alors même qu'ils répondent à l'exigence légale d'une infertilité médicalement diagnostiquée, même si celle-ci n'est pas irréversible. Une telle exigence de stérilisation de la part de l'équipe médicale nous semble poser de graves problèmes éthiques, alors même que celle-ci n'est pas demandée par la loi, même pour un changement d'état civil.

3. L'autorisation et la prise en charge du double don et du diagnostic génétique préimplantatoire

Toujours en lien avec l'augmentation de l'infertilité des couples et le recul de l'âge du premier enfant, de nombreux couples hétérosexuels sont actuellement contraints de s'exiler en Espagne pour avoir recours à cette procédure qui pourrait parfaitement être réalisée en France. Une telle ouverture pourrait aussi bénéficier aux femmes célibataires, et éventuellement aux couples de femmes, même s'il est moins probable que les deux femmes soient infertiles. De même, l'autorisation du diagnostic génétique préimplantatoire, notamment pour les femmes de plus de 37 ans, permettrait aussi d'éviter aux femmes de multiplier des FIV qui ne peuvent aboutir, alors que chaque échec est particulièrement dur à vivre, ce qui conduit nombre d'entre elles à aller en Espagne pour bénéficier de cette avancée et réduire le risque d'échec.

4. L'arrêt des mutilations sur les enfants intersexes

C'est un sujet un peu en marge des débats actuels, mais qui relève pleinement de la bioéthique : la France continue de pratiquer des mutilations génitales sur les enfants intersexes, en opérant des bébés dont le sexe anatomique n'est pas « conforme aux standards » sans attendre qu'ils soient en âge de donner leur consentement et de définir leur genre, et ce alors même que ces opérations ont souvent des répercussions dramatiques sur la qualité de vie des personnes, nécessitent des soins et traitements à vie et ne constituent pas des urgences vitales. L'Inter-LGBT s'indigne que ces opérations soient encore présentes dans les dernières recommandations de la HAS (nouveau Protocole National de Diagnostic et de Soins, janvier 2018) concernant les personnes présentant une insensibilité partielle ou complète aux androgènes (IPA/ICA), et ce au mépris des normes internationales de protection de l'enfant, du respect de l'intégrité physique, et des recommandations de l'ONU (Comité des droits de l'enfant, Comité contre la torture, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2016), de l'Assemblée du Conseil de l'Europe (résolution 2191, 2017), de la DILCRAH (Plan de mobilisation contre la haine et les discriminations anti-LGBT), et de la délégation aux droits des femmes du Sénat (Variations du développement sexuel : lever un tabou, lutter contre la stigmatisation et les exclusions, 2017).