

Jennifer Merchant, « L'intérêt de l'enfant. Homoparenté et homoparentalité aux États-Unis », *La Vie des idées*, 20 mai 2010.

URL : <http://www.laviedesidees.fr/L-interet-de-l-enfant.html>

« Le débat à propos du mariage des personnes de même sexe, de l'adoption d'enfants par ces couples ou de leur accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP) est aujourd'hui intense en France. Ce débat existe aussi aux États-Unis, où le fait que certains États fédérés et que d'autres pays autorisent le mariage entre personnes du même sexe, l'adoption ou l'accès à l'AMP par ces couples [1], explique la multiplication depuis vingt-cinq ans des travaux en obstétrique, médecine fœtale-obstétrique (fetal maternal medicine), pédiatrie, sociologie, et psychologie, sur le développement et l'évolution des enfants ayant comme parents soit deux hommes soit deux femmes. [...]

Il s'agit de présenter ici une synthèse de l'ensemble de ces travaux, en soulignant dans un premier temps les difficultés et écueils méthodologiques de ces études, et dans un deuxième temps, les résultats de quatre études considérées comme étant les plus rigoureuses. [...]

Les premières données officielles, datant de 2000 et provenant du Bureau fédéral de recensement, estimaient le nombre de foyers homoparentaux à 658 000, dont 27 % incluaient des enfants, soit environ 166 000 enfants. Les données plus récentes, provenant toujours du Bureau de recensement, situent à environ 77,4 millions le nombre d'enfants mineurs aux États-Unis et à environ 250 000 le nombre d'enfants élevés par un parent homosexuel ou un couple de même sexe. [...]

[I]l existe au jourd'hui un consensus sur les résultats jugés probants de l'ensemble de ces études, dont quatre en particulier sont cités en exemple. [...]

Quelles sont les principales conclusions de ces travaux ? Elles diffèrent peu de l'ensemble des autres travaux aux méthodes moins rigoureuses, mais apportent justement, grâce à leur rigueur, des éléments nouveaux très intéressants.

Tout d'abord, toutes s'accordent à dire que les parents homosexuels sont des « parents comme les autres », et lorsqu'on constate des différences chez les enfants élevés par les uns et les autres, c'est souvent au profit des familles homoparentales. Par exemple, un soutien émotionnel des enfants en période de besoin mais aussi en période « normale » est plus fréquent chez des couples homosexuels que chez des pères hétérosexuels. De même, par rapport aux enfants élevés par des hétérosexuels (en couple ou pas), les enfants élevés par des homosexuels (en couple ou pas) se sentent plus à l'aise à l'école,

comprennent davantage l'importance d'acquérir une éducation, et ne vivent pas de façon aiguë la fameuse « crise » de l'adolescence. Cela est dû, notent les chercheurs, à la qualité des rapports parents-enfants-adolescents mis en place dès le premier âge et le plus souvent entretenus par les parents homosexuels.

D'autre part, les enfants élevés par des parents homosexuels n'opèrent pas de confusion concernant leur identité de genre (gender identity), que ce soit durant l'enfance ou à l'adolescence, et la vaste majorité de ces enfants sont hétérosexuels lorsque débute leurs vies amoureuses et/ou sexuelles. Comme les couples homosexuels aiment souvent le souligner, cent pour cent des homosexuels d'aujourd'hui ont été élevés par des hétérosexuels. Les précisions apportées par les quatre études précitées soulignent des différences dans le comportement de genre (gender behavior), par exemple, les filles élevées par des lesbiennes ont tendance à être plus « masculines » dans leurs jeux d'enfants, plus agressives, plus combatives, par exemple, alors que les garçons élevés par des couples de lesbiennes ont tendance à être plus conciliateurs, moins agressifs dans leurs jeux d'enfants. Une autre précision intéressante apportée par une des quatre études précitées est le fait que des adolescentes et des jeunes femmes élevées par des couples de lesbiennes - plus que des adolescents et jeunes hommes - adoptent des attitudes plus ouvertes sur leur propre sexualité, et sont plus souvent amenées à expérimenter une relation homosexuelle.

Troisième conclusion, les enfants et adolescents élevés dans des familles homoparentales ne présentent aucune différence avec les enfants et adolescents élevés par des parents hétérosexuels quant à leurs aptitudes cognitives, leur comportement, leur développement psychologique général, ou dans d'autres domaines du développement émotionnel tels que l'estime de soi, la dépression ou l'angoisse. Une donnée soulignée par l'étude de Golombok (2003) démontre que l'ensemble des enfants/adolescents se portaient mieux avec deux parents, quelque soit l'orientation sexuelle des parents, par rapport à l'ensemble des enfants/adolescents élevés par un seul parent, quelque soit son orientation sexuelle.

[...]

Nous pourrions dès lors conclure avec les auteurs d'un très récent article publié fin 2009 dans le *International Journal of Law, Policy, and the Family* que « l'intérêt de l'enfant » (the best interest of the child) dépend non pas de l'orientation sexuelle des parents, mais des liens qui unissent le couple parental. »

Marie Jauffret-Roustide, « Les salles de consommation à moindre risque. De l'épidémiologie à la politique », *La Vie des idées*, 22 janvier 2015.

URL : <http://www.laviedesidees.fr/Les-salles-de-consommation-a-moindre-risque.html>

« L'usage de drogues par voie injectable expose à la transmission d'infections virales telles que le VIH, l'hépatite C et B. Afin de minimiser l'exposition à ces infections, une politique de réduction des risques a été mise en place dans de nombreux pays industrialisés au début des années 1980. Cette politique s'inscrit dans le cadre de la « nouvelle santé publique », un ensemble de discours et pratiques qui valorisent les capacités des individus à se prendre en charge. Renonçant à l'idéal d'éradication des toxiques illicites, cette approche propose de « vivre avec les drogues » tout en réduisant les risques sanitaires qui leurs sont associés. Cette stratégie repose notamment sur la mise à disposition de seringues et l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. S'y ajoutent les salles de consommation supervisée qui permettent aux usagers de drogues de consommer des produits dans un espace sécurisé et médicalisé, en présence de professionnels de santé. Ces lieux ont été établis dans le but d'améliorer la santé des usagers de drogues et de mettre fin aux scènes ouvertes, ces pratiques d'injection visibles dans l'espace public. Ils s'inscrivent à la fois dans une logique de santé publique (prévenir le VIH et les hépatites) et de sécurité publique (sécuriser et contrôler l'espace public).

Aujourd'hui, une centaine de ces salles existent dans le monde, principalement en Europe (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Danemark, Norvège, Grèce), mais également au Canada et en Australie. En France en revanche, les pouvoirs publics ont longtemps résisté à leur mise en place. L'implantation de ces dispositifs, dont l'acceptabilité sociale ne va pas de soi, nécessite des négociations entre riverains, acteurs politiques et professionnels en addictologie. Si, de manière générale, les débats publics concernant les salles de consommation supervisée peuvent être vifs dans les mois précédant leur ouverture, l'expérience démontre qu'ils s'atténuent avec le temps, a fortiori lorsque les riverains et les forces de l'ordre sont associés au processus de concertation locale (Debeck et al. 2008). En France, ce débat s'avère très tendu, et la négociation particulièrement longue. [...]

Première mesure emblématique de la politique française de réduction des risques, la vente libre de seringues date de 1987. Quant à l'accès aux traitements de substitution aux opiacés, il n'a été autorisé qu'à partir de 1994. Comparé à d'autres pays européens, le retard est remarquable. [...] Ce

décalage temporel s'explique notamment par des considérations sociopolitiques. En France, l'usage de drogues est un délit pénal, et la classe politique n'hésite pas à recourir à un discours d'interdit moral lorsqu'elle aborde ce sujet. [...]

Les données épidémiologiques récentes mettent notamment en évidence l'échec [du modèle français] à limiter l'exposition des usagers injecteurs au risque infectieux. Une augmentation des pratiques à risque y est observée, associée à la précarisation des usagers de drogues, et la prévalence de l'hépatite C reste très élevée, touchant près de la moitié des usagers (Jauffret-Roustide et al. 2013-b). Ces signaux sanitaires inquiétants favorisent l'attention renouvelée portée aux salles de consommation supervisée.

La littérature internationale a mis en évidence l'efficacité de la politique de réduction des risques dans la réduction de la transmission du VIH et la diminution des pratiques à risque. Cette stratégie a également permis de diminuer de moitié la séroconversion au virus de l'hépatite C aux Pays-Bas (Van den Berg et al. 2007). Validé dans le cadre de méta-analyses (Hagan et al. 2011), ces succès sanitaires reposent sur des modèles combinés qui déclinent l'ensemble des outils de réduction des risques (traitements de substitution aux opiacés, accès aux seringues et salles de consommation supervisée). Les salles de consommation se révèlent particulièrement intéressantes pour favoriser l'accès des usagers de drogues au soin (avec en horizon possible le sevrage), pour diminuer les overdoses et pour réduire les nuisances liées à l'injection en public (Kerr et al. 2005). De surcroît, ce dispositif s'avère coût/efficace pour la société (Bayoumi et al. 2008), mais leur impact direct sur l'incidence du VIH et de l'hépatite C est l'objet de débats. [...] En revanche, l'impact délétère de la répression sur l'exposition au risque des usagers de drogues a clairement été démontré (Friedman et al. 2006). La consommation dans l'espace public amène les usagers à réaliser leurs injections dans la précipitation par crainte d'être repérés, ce qui ne leur donne pas la possibilité de mettre en œuvre les stratégies de réduction des risques nécessaires (Bourgeois 1998). Les pouvoirs publics français ont toutefois eu des difficultés à prendre en compte ces faits, invoquant que les expériences étrangères n'étaient pas toujours adaptables.

Dans le contexte épidémiologique français, qui se caractérise par l'exposition persistante des usagers de drogues au risque infectieux, la majorité des professionnels de la réduction des risques s'accorde sur la nécessité d'expérimenter les salles de consommation supervisée. Mais les résistances demeurent très fortes comme l'illustre l'histoire, toujours en cours, du premier projet de ce type en France. »