

Université de Montréal

**Récits de québécoises sur leur utilisation des Nouvelles Technologies de Reproduction afin
de combler leur désir de parentalité**

Par

Marie-Claude Lalonde

Département d'anthropologie de l'Université de Montréal

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présentée à la faculté des Arts et des Sciences

En vue de l'obtention du grade de maîtrise

En anthropologie

31 août 2016

©Marie-Claude Lalonde, 2016

Résumé en français

Avec toutes les technologies disponibles afin de pallier à l'infertilité de nos jours, il peut sembler qu'avoir un enfant est chose simple. Toutefois, les discours de quinze québécoises rencontrées, qui ont vécu ou vivent toujours de l'infertilité, démontrent que le parcours en procréation médicalement assistée est semé d'embûches. Comme le dit Félicia, une femme rencontrée: «*l'infertilité ça l'affecte plein, plein de sphères de la vie*». L'un des objectifs de ce travail est d'ailleurs de questionner le choix de ces femmes d'aller en clinique de fertilité lorsque des difficultés à procréer ont été rencontrées et de soulever les impacts de ce choix. Cette recherche démontrera que les québécoises et les choix qu'elles prennent dans le domaine reproducteur sont profondément influencés par les pressions sociales et le mode de pensée propre à leur société.

Mots clés : Anthropologie, Clinique de Fertilité, Étude de la parenté, Infertilité, Nouvelles Technologies de Reproduction, Parentalité, Procréation médicalement assistée, Projet de loi n°20, Québécoises

Summary

With the technologies available in order to mitigate infertility, it would seem that having a child would be easy. However, the dialogue of fifteen Quebecers that are dealing with or have dealt with infertility illustrates that the process of medically assisted procreation has its pitfalls. As explained by Felicia, "Infertility affects many, many spheres of life". One objective of this work is to question the choice of women who go to fertility clinics when difficulties to procreate arise and to outline the impacts of their choice. This research will demonstrate that Quebecers and the choices they make in the reproductive field are profoundly influenced by social pressures and the way of thinking of their society.

Key words: Anthropology, Medically Assisted Reproduction, Fertility Center, Infertility, Law Project n°20, Quebecoise, New Reproductive Technologies, Parenthood, Study of Kinship

Contenu

| | |
|---|----|
| Introduction | 10 |
| Première partie : La théorie..... | 14 |
| Chapitre 1 : Présentation du mémoire | 14 |
| 1.1 Objectifs..... | 16 |
| 1.2 Hypothèse..... | 17 |
| 1.3 Méthodologie | 18 |
| Chapitre 2 : Concepts clés..... | 25 |
| 2.1 Les Nouvelles Technologies de Reproduction | 26 |
| 2.1.1 Définition | 26 |
| 2.1.2 Développement historique des techniques..... | 27 |
| 2.2 L'étude de la parenté et la spécificité de la parenté occidentale..... | 31 |
| 2.2.1 Concepts associés à l'anthropologie de la parenté | 31 |
| 2.2.2 L'importance de l'étude de la parenté..... | 38 |
| 2.2.3 La spécificité occidentale..... | 41 |
| 2.2.4 NTR et parenté..... | 43 |
| 2.3 L'infertilité c'est quoi | 45 |
| 2.3.1 Les causes associées | 49 |
| 2.3.2 Comment fabrique-t'on des bébés? | 54 |
| 2.4 L'impact du socio-culturel sur le désir de parentalité | 63 |
| 2.4.1 Désir de parentalité : un enfant quand je veux –enfin si je peux..... | 63 |
| 2.4.2 La conception du genre et la théorie de la procréation en occident | 70 |
| 2.4.3 L'importance de l'exclusivité | 71 |
| 2.4.4 Médicalisation..... | 72 |
| 2.4.5 Comprendre la prépondérance des NTR dans une société technoscientifique | 78 |
| 2.4.6 Notre vision machinique et dualistique..... | 80 |
| Deuxième partie : Les propos des participantes | 85 |
| Chapitre 3 : Ça ne fonctionne pas, que fait-on? | 85 |
| 3.1 Importance de la maternité et de la parentalité | 86 |
| 3.2 Un parent c'est quoi au juste?..... | 92 |
| 3.3 « <i>Et si j'aurais?</i> »..... | 94 |

| | |
|--|-----|
| 3.4 Discussion sur l'intervention d'une tierce partie dans la concrétisation du désir..... | 97 |
| 3.4.1 Faire appel à une mère porteuse..... | 98 |
| 3.4.2 Envisager un don de gamète | 99 |
| 3.4.3 Adoption et donation d'embryon | 104 |
| 3.5 Adoption | 106 |
| 3.6 Famille d'accueil | 110 |
| 3.7 Médecine douces..... | 111 |
| Chapitre 4 : L'expérience en cliniques de fertilité | 113 |
| 4.1 Historique de l'infertilité..... | 114 |
| 4.2 Les tests, examens et traitements..... | 119 |
| 4.3 Effets secondaires des traitements | 123 |
| 4.4 Impression sur les cliniques | 129 |
| Chapitre 5 : Le vécu de l'infertilité..... | 134 |
| 5.1 Pourquoi tant de souffrance? | 135 |
| 5.2 L'impact des traitements | 138 |
| 5.3 Quels impacts pour le couple? | 141 |
| 5.4 Quand la bonne nouvelle arrive | 144 |
| Chapitre 6 : L'impact de l'infertilité sur les relations sociales | 148 |
| 6.1 Le sentiment d'injustice..... | 148 |
| 6.2 Les commentaires et suggestions faits par les proches | 152 |
| 6.3 Effets sur les relations sociales | 157 |
| 6.4 Pressions sociales et isolement | 162 |
| Chapitre 7 : le Projet de loi n°20..... | 166 |
| 7.1 Revue de la législation et impressions des femmes | 167 |
| 7.2 Parlons chiffres | 175 |
| 7.3 Mise en garde | 177 |
| 7.4 Recommandations..... | 183 |
| Conclusion..... | 187 |
| Annexes..... | 191 |
| Annexe I : Programme de couverture des frais de PMA selon les pays | 191 |
| Annexe II : Carte de la dispersion géographique des participantes | 198 |

| | |
|--|-----|
| Annexe III : Affiche de recrutement sur les réseaux sociaux..... | 199 |
| Annexe IV : Données sociodémographiques | 200 |
| Annexe V : Comparaison des quantités produites de spermatozoïdes..... | 200 |
| Annexe VI: Paramètres pour évaluer la qualité du sperme..... | 201 |
| Annexe VII : Causes d’infertilité et traitements offerts chez Procréa | 202 |
| Annexe VIII : Tableaux comparatifs des revenus et dépenses des ménages québécois | 207 |
| Annexe IX : Comparaison entre la FIV et l’insémination | 208 |
| Annexe X : Liste des personnes et des organismes qui ont été entendus | 209 |
| Annexe XI: Critères d’admissibilité à la FIV selon les pays | 211 |
| Bibliographie | 212 |
| Articles, chapitres de livre et livres..... | 212 |
| Sites web..... | 231 |

Glossaire

- AOGO: Association des Obstétriciens Gynécologues du Québec
- ART : technologies d'assistance à la reproduction.
- Clomid : Citrate clomifène.
- Cryo : cryopréservation.
- FIV : fécondation *in vitro*.
- FSH : hormone folliculo-stimulante. Elle stimule les follicules à se développer pour libérer un ovule par mois.
- GIFT : Transfert intratubaire de gamète. La fertilisation prend place *in vivo*. Déplacement de l'ovule et insertion directe de sperme. Obtention du sperme deux heures avant la laparoscopie. Requiert une trompe de Fallope. Ne requiert pas d'incubation extracorporelle, mais de l'hyperstimulation (Hull 1990 : 252-253)
- hCG : chorionique gonadotrope humaine.
- HOC : Hyperstimulation ovarienne contrôlée.
- IAC : Insémination artificielle avec sperme du conjoint.
- IAD : insémination artificielle avec sperme de donneur
- ICSI : Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde. Injection, à l'aide d'une micro-aiguille, d'un seul spermatozoïde directement dans le cytoplasme d'un œuf mature ovule, qui a été prélevé d'un ovaire de façon chirurgicale pour créer un embryon (Chateaufort 2011 : 16).
- LH : hormone lutéinisante. Elle déclenche l'ovulation.
- MESA : aspiration microchirurgicale des spermatozoïdes épидидymaire.
- NTR : nouvelles technologies de reproduction.
- OAT : l'oligo-astheno-téatospermies définie par l'insuffisance de nombre, de motilité ou l'anomalie de la forme des spermatozoïdes.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OPU : Prélèvement d'ovules.
- PESA : aspiration percutanée des spermatozoïdes épидидymaire.

- PMA : Assistance médicale à la procréation. Selon la FQPN, PMA désigne: «*l'ensemble des technologies et des pratiques médicales visant à contourner certaines difficultés d'ordre physiologique, psychologique, socio-économique ou sexuel qui empêchent ou retardent la conception d'un enfant. Elles désignent également l'ensemble des technologies visant à diagnostiquer l'état de santé d'un embryon dans l'utérus (in utero) ou à l'extérieur du corps de la femme (in vitro)*» (FQPN 2006 : 7).
- Protocole : stratégie d'administration de certaines médications afin d'obtenir un nombre optimal d'ovules matures afin de sélectionner en laboratoire les plus sains ou les plus viables pour la fécondation.
- PVC : prélèvement des villosités choriales.
- Inversion d'une vasectomie : vasovasostomie
- RAMQ : Régime d'Assurance maladie du Québec
- Rénastromose tubaire : opération chirurgicale visant à renverser une ligature des trompes de Fallope.
- SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques.
- TEC : Transfert d'embryon cryopréservé.
- TESA est un acronyme anglais qui signifie Testicular Sperm Aspiration (aspiration par excision de sperme testiculaire).
- TESE : extraction par excision de sperme testiculaire.

Introduction

Avec tous les développements scientifiques faits depuis la fin du 20^{ème} siècle, nous avons dû reconsidérer ce que la plupart considéraient comme «*l'immuable processus de la vie*». De surcroît, avec toutes ces innovations, notre éventail de possibilités de formation familiale s'est considérablement agrandi. Effectivement, il nous est maintenant possible de définir autrement ce que c'est que d'avoir «notre propre» enfant et de donner une nouvelle signification à la procréation. Désormais, les techniques biomédicales modernes prétendent permettre à virtuellement tous les couples d'avoir un enfant lié génétiquement et/ou via la gestation à un ou aux deux parents sociaux (Sandelowski 1993 : 45). D'ailleurs, avec la popularité de la *Procréation médicalement assistée* (PMA), nous pouvons considérer que nous sommes entrés dans une révolution reproductive; dans l'Âge des «bébés-éprouvettes¹» (McNeil 1990 : 1). Statistiquement parlant, en 2015 au Québec, ce sont 2.3% des naissances qui seraient issues de la PMA et, dans le monde, ce serait plus de 5 millions de bébés qui seraient nés grâce à la Fécondation *in vitro* depuis ses débuts en 1978 (Journal Metro 2015, Le Figaro 2012 et Statistiques Canada). Ces données supportent l'idée qu'aller en clinique de fertilité pour concevoir un enfant est désormais perçu comme un moyen relativement commun et socialement acceptable de procréation. Un bémol survient toutefois : la popularité de ces techniques ne garantit pas que la population en général comprenne vraiment ce qu'implique un parcours en PMA pour une femme et un couple infertile –qui représenterait 15% des couples au Québec selon de nombreuses sources (l'OMS et l'ACIQ, entre autres, nous y reviendrons).

Alors que la PMA se donne comme but de surmonter l'infertilité –soit, les échecs en série à concevoir naturellement un enfant– en gagnant un plus grand contrôle sur le processus reproductif et en augmentant les choix reproductifs offerts, elle ne garantit pas nécessairement une amélioration qualitative de la vie des personnes infertiles puisque faire des choix implique des coûts (McNeil 1990 : 11-12). Les coûts sont d'ailleurs nombreux :

¹ Notons ici que cette expression ne reflète pas la réalité puisque lors d'une *fécondation in vitro* (FIV) l'ovule est fécondé dans un plat de Petri et non dans une éprouvette.

psychologiques, physiques, sociaux, financiers, relationnels, et j'en passe. Comme le dit si bien Félicia, une participante à cette étude: «*l'infertilité ça l'affecte plein, plein de sphères de la vie. [...] Ça l'a affecté beaucoup de choses, et positivement et négativement.*»

On peut donc se demander pourquoi les couples qui éprouvent des difficultés à concevoir naturellement sont prêts à se soumettre à des traitements médicaux éprouvants. En fait, selon le Dr Robert Natchtigall², «*il n'y a pas de patients plus motivés que les couples infertiles. Même les patients cancéreux ne sont pas aussi déterminés*» (Forget 2012 : 22). Mais motivé par quoi? *Un enfant!* répondront tous ceux à qui on demande *pourquoi avez-vous choisi d'aller en clinique de fertilité*. Cela semble évident et poser la question nous fait paraître légèrement idiots aux yeux de nos interlocuteurs. Mais est-ce si évident que cela quand on y réfléchit? N'y a-t-il pas d'autres moyens d'accéder à la parentalité –l'adoption internationale, l'adoption en Banque mixte, devenir famille d'accueil, essayer des techniques de médecine douce– et d'autres moyens de s'accomplir en tant qu'individu? Dans plusieurs sphères de notre vie lorsque l'on échoue à atteindre nos buts, nous modifions nos objectifs. Mais il semble que la reproduction et le désir d'enfant sont des domaines d'exceptions. Depuis quelques années, l'infertilité a pris une ampleur quasi épidémique et les cliniques de fertilité se sont multipliées à vitesse grand V. Pourtant le désir d'enfant en est un profond anthropologiquement parlant et ne date pas d'hier. Comment expliquer alors cette soudaine popularité?

Dans toute la littérature³ consultée pour cette étude, on admet ouvertement que les couples qui rencontrent des problèmes d'infertilité se tournent, de prime abord, vers la médecine reproductive. Il semble que les *Nouvelles Technologies de Reproduction* (NTR) offertes par les cliniques de fertilité ne représentent pas seulement une réponse au désir d'avoir des enfants, mais également un répertoire complexe de notre héritage moderne sur la famille, les normes de genre, les procédures bureaucratiques, les codes éthiques,

² Professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de la Californie de San Francisco.

³ Il est d'office de mentionner que le terme littérature qui sera retrouvée tout au long de ce travail fait référence aux ouvrages retrouvés dans la section bibliographie de ce travail et qui sont issus de divers domaines : anthropologique, sociologique, psychologique, médical et journalistique, entre autres.

l'importance de la recherche scientifique et des technologies, etc. (Franklin 2013). Au-delà de leur potentiel à matérialiser des choses qui n'étaient auparavant que des rêves d'illuminés, les NTR nous ouvrent la voie à la réflexion sur des sujets complexes et qui nous semblent évidents –comme le désir de parentalité. Ainsi, le contexte dans lequel est vécu «ce mal du siècle» et celui dans lequel se pratiquent les NTR ne peuvent être pleinement compris qu'à l'intérieur d'une réflexion sur ce que représente avoir un enfant au sein de notre société. Et comme les femmes et les hommes concernés ne parlent jamais de leurs difficultés de conception strictement en termes mécaniques, mais plutôt dans une optique concernant leur identité, leur couple, leurs familles et la société dans laquelle ils vivent (Chateaufort 2011b : 3-5), cette présente étude abordera ces thèmes.

Dans les chapitres 1 et 2, les assises théoriques seront exposées afin de paver la voie à notre réflexion sur ce que les femmes ont à dire, et qui sera présenté dans les chapitres 3 à 7. De façon plus détaillée, présentons brièvement le contenu des chapitres afin de saisir la profondeur et la logique du contenu de cette recherche. Pour commencer, le premier chapitre aura pour fonction de traiter des objectifs, des hypothèses ainsi que de tous les aspects relatifs à la méthodologie utilisée dans ce travail. Ce chapitre est crucial puisqu'il établit de quoi traitera ce travail, comment il a été réalisé et toutes les décisions qui ont été prises afin d'en arriver à cette version finale. Le deuxième chapitre sera consacré, pour sa part, à la revue de la littérature faite pour ce travail (voir la bibliographie) et abordera diverses théories élaborées par de nombreux auteurs sur tous les sujets qui ont été jugés pertinents à l'analyse de ce travail. Ainsi, ce que signifie et implique les *Nouvelles Technologies de Reproduction*, les théories en anthropologie de la parenté, le concept d'infertilité et divers autres thèmes associés à l'impact du socioculturel sur le désir de parentalité, tels que : la conception du genre, l'importance de l'exclusivité, la médicalisation, ce qu'implique une société technoscientifique et la vision machinique, seront discutés. Dans le chapitre 3, nous verrons ce que les participantes ont dit de l'importance d'être mère, ce que représente un bon parent selon elles, le fait qu'elles désirent plus que tout éviter d'avoir des regrets lorsqu'elles repenseront à leur parcours en PMA, de leurs considérations à

l'intervention d'une tierce personne dans la concrétisation de leur désir de parentalité et de ce qu'elles pensent de plusieurs moyens de parentage alternatifs. Dans le chapitre 4, l'accent sera mis sur le parcours des québécoises rencontrées en clinique de fertilité, des traitements qu'elles ont tentés, des effets secondaires ressentis et de leurs impressions générales sur les cliniques et les praticiens qu'elles ont eus. Le chapitre 5 se consacrera, lui, plutôt à l'expérience de l'infertilité, c'est-à-dire à l'impact psychologique de cette condition sur les femmes, de l'aspect montagne russe inhérent aux interventions médicales, de l'accaparement que devient pour elle l'infertilité dans leur vie quotidienne, de l'impact de ceux-ci sur leur couple et de comment est vécu les bonnes comme les mauvaises nouvelles durant le processus de PMA. Tout au long du chapitre 6, c'est l'impact de l'infertilité et des traitements de PMA sur les relations sociales de la femme qui sera discuté. Nous verrons que le sentiment d'injustice est fortement ressenti, que l'entourage émet fréquemment des commentaires jugés inopportuns et blessants et que les femmes se sentent souvent sous pression de leurs proches, tout en ressentant l'isolement social. Pour finir, le chapitre 7 traitera principalement du Projet de loi n°20. Ainsi, une revue de la législation entourant la PMA au Québec sera faite, puis des statistiques, des mises en garde et des recommandations émises par diverses instances seront présentées afin de saisir le contexte politique, financier et social dans lequel s'inscrit l'infertilité au Québec.

Première partie : La théorie

Chapitre 1 : Présentation du mémoire

Mon projet s'insère dans l'une des pistes de recherche offerte par Doris Châteauneuf, qui supposait qu'avec l'entrée en vigueur du *Programme québécois de procréation assistée*, il serait plus fréquent que les couples infertiles entreprennent des démarches de PMA et qu'ils pousseront plus loin leur incursion dans le domaine de la médecine reproductive (Châteauneuf 2011b: 13-14). Mon étude comporte, par ailleurs, plusieurs spécificités. Entre autres, le fait que, même si la littérature sur les NTR est colossale⁴, le cas québécois n'est que très rarement mentionné. Ceci constitue un manque important puisqu'entre le 5 août 2010 et le 10 novembre 2015, le Québec avait adopté un des programmes les plus accessibles et des moins restrictifs du monde en payant jusqu'à 3 cycles de fécondation *in vitro* (FIV) à toutes les québécoises –qu'elles soient mariées, célibataires ou lesbiennes (Programme québécois de procréation assistée 2013 et FMSQ 2013 : 4). En regardant l'annexe I, vous constaterez d'ailleurs cette unicité de l'ancienne couverture québécoise. Le Québec est également un cas à part de par le fait que sa population ne constitue que 23% de la population canadienne, mais que 42% des cycles de FIV canadien y sont performés (CEST 2013 : 3 et CFAS : *En ligne*). Selon l'étude du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), il y a eu 5 000 naissances lorsque le projet de loi n°26 était en vigueur et selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), c'est 2 000 enfants issus de la PMA par an qui ont vu le jour au Québec lorsque l'ancien programme fonctionnait à plein régime (ACIQ 2015 : 6, FMSQ 2013 et RCI 2015). La popularité et l'accessibilité de ce Programme faisaient donc du Québec un cas bien particulier. Cet aspect législatif distingue d'ailleurs mon étude puisque les femmes interrogées ont pu bénéficier du programme de couverture des frais de procréation assistée et elles ont fortement anticipé sa perte. Les publications précédentes

⁴États-Unis : Ragoné (1994), Davis-Floyd & Dumit (1997), Modell (1989), Sandelowski (1993) et Franklin & Ragoné (1998). Grande-Bretagne et Royaume Uni : Edwards and al. (1999), Franklin (2013), McNeil et al. (1999) et Burfoot (1999). Australie : Scutt (1990). Afrique, Cameroun, Chine, Costa Rica, Égypte, Inde, Israël, Mozambique, USA & Vietnam : Inhorn & Van Balen(2002). Pour ne nommer que ceux qui ont été consultés pour cette étude.

faites sur le vécu des québécoises⁵ infertiles ont majoritairement eu lieu avant que le Programme québécois de procréation assistée n'entre en vigueur. D'autres critères majeurs différencient également mon mémoire de ceux faits précédemment. Dans le cas de l'étude d'Ouellette (1988), par exemple, aucune subvention n'était offerte aux couples allant en clinique de fertilité –ce qui rapprochait d'ailleurs le Québec des réalités socio-économiques entourant les NTR aux États-Unis. L'étude de Cleveland (1990) portait, quant à elle, sur des femmes essayant d'avoir un enfant depuis plus de 5 ans, mais qui n'y étaient pas parvenues (Cleveland 1990 : 21). Néanmoins, son travail met en lumière la réalité et le quotidien des femmes infertile –ce qui m'a énormément servi pour me préparer à rencontrer mes participantes. Pour ce qui est de Chateauneuf (2011), elle s'est focalisée sur les couples qui sont allés vers l'adoption suite à leur échec en *Procréation Médicalement assistée* (PMA). Par ailleurs, même si le travail de cette auteure portait davantage sur les enjeux de l'adoption, elle a su soulever énormément de points en ce qui concerne la famille québécoise, le désir de parentalité et la réalité en PMA. Son travail constitue donc un point d'ancrage majeur à ce mémoire. Pour finir, le livre de Forget (2012) a été écrit dans le cadre d'un travail journalistique et, bien qu'il soit extrêmement bien fait, elle n'applique pas de méthodologie analytique à ses données et laisse, somme toute, peu de place aux couples infertiles dans ses écrits. Quelques témoignages sont cités, mais ils ne sont pas au cœur de son étude comme c'est le cas ici. De plus, l'auteure s'intéresse davantage aux dérivés et aux possibilités offertes par les NTR plutôt qu'au vécu concret des couples infertiles. Ainsi, il lui arrive souvent de faire des dérives à la *Brave New World*. Son livre s'apparente de très près au travail fait par une journaliste américaine, Liza Mundy et son livre *Everything Conceivable. How assisted Reproduction is Changing our World*, mais appliqué aux réalités québécoises. Dans tous les cas, il faut néanmoins reconnaître que ces quatre études ont servi des terreaux extrêmement fertiles à ma recherche; elles ont su soulever une quantité innombrable de questionnements et d'avenues explicatives.

⁵ Québécoise signifiant ici une femme dont la langue maternelle est le français, qui a été élevée au Québec et qui habite toujours au Québec.

1.1 Objectifs

Les principaux objectifs de mon mémoire sont de questionner et expliciter : a) comment les québécoises décrivent et vivent quotidiennement leur infertilité; b) quels sont les éléments déclencheurs les ayant motivés à entrer en clinique de fertilité plutôt que de faire appel directement à une agence d'adoption, à la DPJ, aux cliniques de médecines alternatives ou bien d'accepter de vivre sans enfant; et c) comment ces femmes décrivent l'expérience qu'elles ont eue en clinique de fertilité. En bref, nous tenterons de comprendre comment les participantes définissent ce qu'est la parentalité; ce que cela signifie et implique pour elles d'avoir un enfant avec les NTR; pourquoi sont-elles prêtes à aller si loin pour avoir ce type d'enfant et pourquoi ce mode d'accès à la parentalité est priorisé.

Plusieurs seraient tentés de dire qu'il est évident que les femmes utilisent les *Nouvelles Technologies de Reproduction* (NTR) pour «tout simplement⁶» avoir un enfant. Néanmoins, si l'on adhère au principe que «*l'anthropologie a le devoir de questionner l'évidence pour lui donner un nouveau sens*» (Chateauneuf 2011: 126) et au fait qu'il existe des certitudes qui semblent, a priori, intuitives et évidentes en soi, mais qui sont en fait apprises de par la culture, il devient pertinent de questionner les fondements de cette «évidence». En fait, les sociologues et les anthropologues prônent depuis longtemps que notre relation avec la culture peut se définir selon le processus d'*identification*, c'est-à-dire une façon par laquelle nous nous persuadons spontanément, intuitivement et même inconsciemment du bien-fondé de certains faits (Burke 1966). Questionner l'évidence n'est donc pas vain. De plus, il est reconnu que les technologies peuvent jouer le rôle de fenêtre ethnographique puisqu'elles reflètent les valeurs culturelles et mettent en évidence le fonctionnement de la culture (Chateauneuf 2011: 1, Edwards 1999 et Franklin 1999). Il est donc possible de supposer que l'utilisation des NTR puisse nous dévoiler nos idéaux sur la famille, les normes de genre, l'importance des recherches scientifiques, etc., et pas seulement qu'elles sont utilisées dans le but de «simplement» avoir un enfant. Nous pourrions aussi nous demander de quel type

⁶ Précision toutefois ici que les NTR ne sont pas une avenue qui soit simple; nous y reviendrons.

d'enfant nous parlons : génétique ou générique⁷? Il est donc légitime de questionner pourquoi les femmes n'optent pas d'emblée pour l'adoption ou qu'elles ne choisissent pas de vivre sans enfant. Certains diront que choisir de vivre sans enfant n'est pas une réponse au désir d'enfant, mais il demeure que lorsque le désir est là, mais que des difficultés empêchent sa concrétisation, un couple peut opter pour des projets de vie différents à celui de la parentalité. Dans ce travail, la question de désir d'enfant sera donc explorée et mise en relation avec le cadre social afin d'être pleinement comprise (voir les textes de Chateaufort 2011, Franklin 1990, Franklin 2013, Hall 1997 dans Hirsch 1999, Jenkins 2002 et Ragoné 1994 sur l'importance de la mise en contexte social du désir).

1.2 Hypothèse

Même s'il n'est pas nécessaire d'avoir une hypothèse puisqu'il s'agit ici d'une étude inductive⁸, l'exercice m'a quand même semblé être intéressant vu le nombre d'études étrangères portant sur le sujet. Or donc, pour ce qui est du premier et du troisième objectif de ce travail, il va sans dire qu'aucune hypothèse ne peut réellement être construite puisqu'émettre une hypothèse sur un vécu ne serait que conjoncture. Toutefois, pour le deuxième objectif –soit les éléments motivant les femmes à privilégier la clinique de fertilité–, l'hypothèse se subdivise en deux prémices: 1) que les technologies sont toujours ancrées dans les institutions sociales et ne sont jamais neutres et dénudées de spécificité historique et 2) que les choix individuels sont toujours faits dans un système social qui récompense certaines décisions et en punit d'autres (Beck-Gernsheim 1989 : 26 et Steinberg 1990 : 75). J'émetts donc comme hypothèse explicative que a) la valeur accordée à l'idéologie du progrès et aux enfants dans notre société, b) la prérogative placée sur la parenté génétique, c) le fait que la maternité est perçue comme étant le fondement identitaire féminin par excellence et d) l'exclusivité parentale⁹ justifient pourquoi les NTR sont priorisées lorsque des difficultés à concevoir naturellement sont rencontrées (Inhorn and Van Balen 2002 : 8-9, Chateaufort

⁷ Un enfant n'étant pas lié génétiquement à ses deux parents.

⁸ Recherche partant d'observations et menant à une hypothèse ou un modèle scientifique.

⁹ Contrairement à la législation entourant l'adoption, celles sur les NTR n'accordent pas de droit aux enfants de connaître leurs donneurs de gamètes (Ouellette 2000 :4 et Code Civil du Québec : article 542 et 538.2).

2011 : 85-86, Ouellette 1998 et Sandelowski 1993 : 48). Nous verrons, par ailleurs, en profondeur dans le chapitre 2 : *Concepts clés* tous ces aspects explicatifs.

1.3 Méthodologie

Afin d’infirmer ou de valider les récurrences retrouvées dans la littérature consultée pour ce travail et l’hypothèse émise ci-dessus, j’ai conduit des interviews semi-structurés et non directifs d’en moyenne 115 minutes avec quinze québécoises provenant d’un peu partout au Québec (voir en annexe II la dispersion géographique des participantes). Ce type d’entretien a été valorisé puisqu’il incite la participante à réfléchir à son expérience pour mettre l’accent sur les éléments qui lui paraissent significatifs et qu’il incite aussi à faire des liens entre divers aspects de son expérience pour y donner un sens (Cleveland 1990 : 23). Toutes les participantes à cette étude se sont portées volontaires après avoir vu une affiche de recrutement¹⁰ (voir l’annexe III) circulant sur les réseaux sociaux. En fait, c’est l’*Association des Couples Infertiles du Québec (ACIQ)* qui a accepté ma requête de publication sur leur compte Facebook. De toutes les associations que j’ai sollicitées¹¹, c’est la seule qui m’ait fourni une réponse positive et rapide au sujet de mon appel de candidates. Grâce à celle-ci, en 48 heures ma boîte courriel a été submergée de réponses de candidates potentielles désirant participer. Toutefois, ce ne sont pas toutes les participantes qui ont vu cette affiche sur la page Facebook de l’ACIQ –sur les réseaux sociaux, tout circule vite–, alors elles ne sont pas toutes membres de cette association.

Je prendrais un bref moment ici pour présenter l’ACIQ. Concrètement, il s’agit d’une association fondée en 2005 et qui a pour mission de représenter et promouvoir les intérêts des couples infertiles québécois afin que ceux-ci puissent recevoir un service de qualité et équitable. Pour se faire, elle se donne comme objectif de faire reconnaître l’infertilité comme maladie –telle que reconnue d’ailleurs par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en

¹⁰ Affiche approuvée au préalable par le comité d’éthique de l’Université de Montréal

¹¹ J’ai envoyé le même courriel aux sept groupes de soutien québécois (1 à Mascouche, 2 à Gatineau, 1 à Drummondville, 1 à Sherbrooke et 2 à Montréal) de l’Association Canadienne de Sensibilisation à l’infertilité (ACSI) et un autre courriel aux forums aufeminin.com, dans le ventre de maman (dlvdm.com) ainsi qu’à l’ACIQ.

2009 et l'Association des Obstétriciens Gynécologues du Québec (AOGO) en 1992; de briser les tabous entourant l'infertilité; et de militer afin d'offrir un accès équitable et un service de qualité en ce qui concerne les traitements de PMA (ACIQ 2015 :4). Cette association a plus de 3 400 personnes qui la suivent sur Facebook et offre principalement du soutien aux couples via des rencontres de groupes, du marrainage et du support téléphonique. Elle est également une source d'informations, de support et de partages d'expériences pour les couples infertiles québécois. J'ai donc jugé qu'il était légitime de faire appel à cette association en vertu des thèmes de ma recherche. De plus, aucune candidate recrutée via cette association ne semblait démontrer un quelconque conflit d'intérêts ou une forme d'idéologie extrémiste qui aurait pu la disqualifier de cette étude; elles semblaient toutes vouloir parler afin d'aider à lever le voile sur les implications de l'infertilité et briser le tabou qui l'entoure. C'est d'ailleurs ce que plusieurs participantes m'ont dit d'emblée lors de notre entrevue :

Caroline : «Moi, je le fais pour moi parce que je vais pouvoir, pour une fois dans ma vie, raconter ce qui s'est passé, mais à quelqu'un d'extérieur. C'est vraiment différent. Comme justement avec la psy. C'est bien beau essayer d'en parler avec tes ami(e)s, mais tsé on fait attention à ce qu'on dit parce qu'on ne sait pas ce qu'elle va penser. Tandis que là, parler à quelqu'un d'extérieur, qui est totalement détaché, bien c'est vraiment différent.»

Kate : «Ça ne me dérange pas d'en parler, puis au contraire, c'est pour ça que je vous ai invité ici aujourd'hui. Ça me fait plaisir d'en parler, pis ça me fait du bien aussi d'en parler.»

Amélia : «Il peut avoir du monde qui m'entendent, je m'en fou parce que moi c'est rendu que... je veux tellement, mon but c'est que... c'est tellement tabou, je veux pu que ça soit tabou. Je veux pu qu'on se fasse regarder de travers.»

Mica : «Je trouve qu'on en parle un peu plus. [...] Me semble qu'avant c'était quelque chose qui était ... c'est encore tabou... mais qui était un peu plus tabou. On n'en parlait pas, c'était comme honteux. Je trouve qu'on commence à en parler un peu plus là.»

Gevie : «C'est tabou. Je ne sais pas si c'est tabou des gens qui vivent cette situation-là, c'est peut-être qu'on n'en parle pas assez.»

Mon affiche de recrutement comportait en tout trois critères d'admissibilité : 1) être une femme hétérosexuelle âgée de plus de 18 ans (célibataire, monoparentale ou en couple); 2)

être en recherche de grossesse depuis plus d'un an; et 3) avoir été en clinique de fertilité ou avoir eu recours à un traitement médical pour favoriser une grossesse.

Mon choix d'exclure les personnes de sexe masculin s'appuie sur le fait qu'il n'y a pas de meilleures personnes pour parler du vécu de l'infertilité que les femmes qui ont subi les procédures médicales associées aux NTR, qu'elles aient ou non eu un enfant avec l'aide de ces techniques. En effet, il est important d'offrir leur vision puisque ce sont elles les objets des interventions et que ce sont elles qui expérimentent les risques¹² -peu importe lequel des deux membres du couple qui a un problème de fertilité. Même si le désir de parentalité est un projet commun aux deux membres d'un couple, il reste que celui-ci est concrètement porté par la femme et qu'ultimement c'est elle qui «échoue» à devenir enceinte; après tout c'est à travers son corps que le succès ou l'échec se manifeste. Ce sont elles également qui ont tendance à prendre en grande partie le poids des décisions dans le domaine de la reproduction (Beck-Gernsheim 1989 : 32, Chateauneuf 2011 : 84, CSF 2006 : 131, Hanmer 1990: viii et Sandelowski 1993 : 75). La réglementation canadienne appuie d'ailleurs cet aspect en mentionnant que ces «*techniques visent davantage les femmes que les hommes*» (Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, 2012 : Section 2). Pour ce qui est des femmes homosexuelles, elles ont été exclues de cette recherche puisque la plupart du temps le type d'infertilité auquel elles doivent faire face est social plutôt que physique et que cela n'engendre pas les mêmes thèmes, les mêmes taux de réussite en clinique et les mêmes traitements de PMA. Le critère d'un an d'essais, lui, se base sur la définition classique de l'infertilité –que nous verrons dans le chapitre 2. Pour ce qui est de ce que j'entends par *québécoise* –et qui a servi de critère d'inclusion à cette étude–, je me réfère à une femme dont la langue maternelle est le français, qui est née et a été élevée au Québec¹³ et qui habite toujours au Québec. Ces trois aspects m'ont semblé bien définir la

¹² Risques connus jusqu'à présent: cancer du sein, cancer des ovaires, vieillissement précoce (ménopause) et syndrome de l'hyper stimulation ovarienne (se déclinant sous trois degrés) pouvant mener à la mort (voir le texte de Lamazou et al. 2011).

¹³ Sur le sujet, une des participantes à cette étude ne s'est malheureusement pas qualifiée puisque, bien qu'elle habite au Québec depuis longtemps, elle a été élevée à l'étranger. Nous conservons néanmoins ses propos sur le vécu en clinique, mais nous l'avons disqualifiée pour tous les autres thèmes parce que l'impact de différence de socialisation aurait pu jouer un rôle non négligeable.

catégorie de socialisation particulière qui était visée par cette étude. En sachant que la langue est un marqueur d'identité et un outil de la pensée déterminant (les études sur l'ethnolinguiste le démontrent bien), l'importance de n'inclure que les femmes dont la langue maternelle est le français m'a semblé importante pour ne pas biaiser les données sur l'impact de la socialisation. L'origine québécoise –soit leur immersion dans la culture québécoise depuis leur naissance– a tout autant été déterminante dans la sélection des participantes pour les mêmes raisons que celles de la langue maternelle. Quant à ce qui a trait à leur lieu de résidence, ce critère a été sélectionné à des fins pratiques, mais également inhérentes à cette étude –soit l'accès aux soins de santé en cliniques québécoises.

En plus des quinze participantes à cette étude, environ dix autres femmes m'ont contacté, mais n'ont finalement pas donné suite pour diverses raisons. Dans le cas de quelques autres, les entrevues n'ont pas pue avoir lieu pour diverses raisons –les conflits d'horaires étant la raison principale. Toutefois, pour ce qui est des quinze entrevues qui ont bel et bien eu lieu, je me déplaçais à chaque fois pour rencontrer la femme à l'emplacement et à l'heure de son choix. Ceci fait en sorte que pour réussir à rencontrer toutes ces femmes, j'ai dû parcourir plus ou moins 3 000 kilomètres à travers le Québec en un mois. À ma plus grande surprise, plus de la moitié des femmes m'ont invité immédiatement à les rencontrer dans le confort de leur foyer. Pour les autres, un café, un restaurant et un parc étaient des emplacements qui leur seyaient davantage.

Le but des interviews en personne était d'écouter l'expérience des femmes infertiles afin de pouvoir soulever les concordances rencontrées dans la littérature et d'analyser les processus sociaux dans lesquelles leurs expériences sont incorporées (Cleveland 1990 : 46). Ce cadre d'analyse a permis de considérer la personne infertile comme l'actrice principale de sa propre histoire de recherche de fertilité et a permis d'intégrer, dans un effort de compréhension de l'expérience vécue par les femmes interrogées, l'ensemble des dimensions qui affectent son déroulement. Cette approche favorise d'ailleurs une meilleure appréciation de ce que vivent réalistement les femmes (Ouellette 1988). Pour se faire, il leur a été demandé de raconter leur histoire de recherche de fertilité depuis le moment où elles

ont su qu'elles voulaient un enfant jusqu'au moment de l'entrevue. Quelques questions étaient systématiquement posées au début de chaque entretien : leur âge, quel âge elles avaient lorsqu'elles ont su qu'elles voulaient être mère, leur situation économique et éducationnelle, le nombre d'enfants qu'elles ont (comment ceux-ci ont été conçus et leur âge) et, pour finir, leur statut spirituel¹⁴ (voir l'annexe IV pour les données sociodémographiques générales)¹⁵. Par la suite, selon comment l'entrevue se déroulait et ce dont les femmes discutaient spontanément, divers thèmes étaient abordés, tels que: un portrait global des investigations faites en clinique pour déterminer la cause de l'infertilité, une description des traitements qu'elles ont tentés, une énumération des effets secondaires de chaque test et traitement, les coûts associés et un récit de l'impact de leur infertilité au niveau émotif et social. Il faut toutefois préciser que cette étude est anthropologique et non pas psychanalytique –ce qui a d'ailleurs été mentionné aux participantes. On peut penser la présente recherche comme une rencontre dialogale entre sujets puisqu'étant moi-même une québécoise, mes préconceptions –qui constituent mon cadre interprétatif implicite– ressemblent à celui des sujets interviewées; ce qui constitue un avantage et un piège. Un avantage, car cela m'a permis de connaître spontanément les débats et réalités sociaux cités, de saisir le sens de certaines allusions et d'être sensible aux connotations de leur discours. Un piège puisque cela peut éviter de questionner certaines choses que quelqu'un d'extérieur questionnerait¹⁶ (Cleveland 1990 : 19-20). Puisqu'il s'agissait surtout d'écouter ce que les participantes avaient à dire sur les multiples facettes de leur vécu, à la fin de l'entrevue, il leur était toujours offert de poser librement leur question sur mon parcours biographique. En fait, il semblait bizarre à quelques participantes de m'avoir dévoilé autant d'aspects et réflexions personnelles tout en ne sachant pas grand-chose de ma personne.

¹⁴ Il faut savoir que la religion a un impact sur l'importance de procréer. Prenons l'exemple du Québec d'antan. À cette époque, il était commun pour le curé de venir frapper à la porte de ses paroissiens lorsque ceux-ci n'avaient pas eu d'enfant au courant de l'année –et ce même s'ils avaient déjà plusieurs enfants.

¹⁵ Précisions ici que les graphiques sociodémographiques spécifiques à chaque participante n'ont pas été inclus ici afin de préserver l'anonymat des participantes. En effet, si l'on associait la profession, l'âge, le lieu de résidence directement au pseudonyme cela créait de trop fortes concordances et laissait peu de doutes dans certains cas sur l'identité de la participante.

¹⁶ Voir le texte de Gras, 2003 pour une réflexion à ce propos.

L'anthropologie ayant (à mon avis) le devoir de mettre la parole et l'expérience humaine au centre de ses préoccupations, il m'apparaissait important de reproduire de larges extraits des récits des participantes. De plus, cela permet de capter plus précisément leur expérience et le sens qu'elles y donnent (avis partagé par Chateauneuf 2011: 126 et Cleveland 1990 : 26). C'est donc pour ses raisons que dans les chapitres 3 à 7 beaucoup de citations seront fournies. Les citations refléteront, par ailleurs, le langage parlé puisque la transcription s'est faite de l'oral à l'écrit. Néanmoins, les propos respecteront les règles d'orthographe s'appliquant au vocabulaire québécois¹⁷. Il sera indiqué dans chaque extrait quelle participante à mentionner ce propos. Nonobstant afin de respecter l'anonymat, «*garante d'une [totale] liberté de parole*» (Lafontaine 2010: 13), chaque femme s'est attribuée elle-même un nom fictif –afin qu'elles seules puissent s'identifier. Dans le même ordre d'idée, le nom des cliniques a été évacué des propos des participantes par mesure de confidentialité, mais aussi parce l'objectif de ce travail n'est pas de critiquer des cliniques en particulier; l'objectif est plutôt de mettre en lumière le vécu en clinique de fertilité. De plus, le fait de ne pas nommer directement les cliniques n'enlève rien à l'importance des propos des participantes sur leur vécu. Mentionnons aussi que l'expérience de tout un chacun est bien personnelle et que ce n'est pas parce qu'une femme a eu une expérience négative d'une clinique qu'il en va de même pour toutes les femmes (ceci a d'ailleurs été noté dans ce travail sur quelques cliniques).

Afin d'analyser les entrevues, une lecture flottante a été faite en les transcrivant de l'audio à l'écrit¹⁸. Puis, une analyse systématique de chaque récit a été faite afin de dégager la logique structurante. Pour finir, une analyse transversale a été nécessaire afin d'établir les régularités thématiques et ainsi d'établir une liste de catégories communes aux récits. La pertinence de ces catégories a été validée en les comparant à celles identifiées lors de la revue littéraire (voir Cleveland 1990 sur cette méthode). Ainsi, les thèmes qui seront abordés dans l'analyse sont de types supra-individuels –c'est-à-dire qu'ils se sont répétés d'une participante à l'autre–, ce qui «*tend à indiquer qu'ils ont une signification sociale et culturelle*

¹⁷ Pour se faire un dictionnaire québécois d'expressions a été consulté (voir la bibliographie)

¹⁸ Chaque participante a accepté au préalable que l'entrevue soit enregistrée auditivement.

qui transcende la trajectoire de vie spécifique de chaque individu» (Cleveland 1990 : 3). Ces thèmes se retrouvaient par ailleurs dans la littérature consultée, en voici une brève liste: priorisation du lien d'exclusivité *parent-enfant*, l'importance de la maternité pour les femmes afin qu'elles ressentent une certaine plénitude, les commentaires de leurs proches démontrant une méconnaissance vis-à-vis l'infertilité et l'importance de la prévention de regrets. J'y reviendrais tout au long du mémoire.

À ce stade, il incombe de préciser plusieurs points. Pour commencer, ce mémoire est ancré dans une recherche en anthropologie de la parenté. C'est dans cette perspective que le cadre conceptuel a été élaboré. Par conséquent, de nombreux aspects soulevés par la problématique ont été volontairement exclus de cette recherche. Nous prendrons un bref instant pour les identifier afin que les paramètres d'analyse utilisés soient mieux saisis et qu'il soit clair que nous sommes conscients que d'autres angles de questionnements pourraient aussi être soulevés. Premièrement, tous les débats éthiques et les peurs dystopiques à la *Brave New World* sur les NTR et leurs incidences sociales ne seront pas mentionnés ici. Ainsi, tout ce qui traite de l'eugénisme, de l'ectogenèse, du clonage et de l'aspect expérimental des traitements a été évacué. Cette décision se justifie par deux points : tout d'abord, l'espace alloué pour ce projet ne le permettait tout simplement pas et puis ce projet est anthropologique et non éthique ou futuriste. Deuxièmement, les propos argumentatifs appartenant aux courants féministes seront évacués le plus possible afin d'exclure les critiques souvent faits par cette école de pensée vis-à-vis les NTR¹⁹. En fait, ces courants ont un angle analytique particulier qui place le genre au centre de leur explication, et bien que le genre face partie de cette analyse, il n'en constitue pas le point central. L'accent de cette étude se porte davantage sur ce que les participantes rapportent. Toutefois, beaucoup de textes qui ont fourni un cadre théorique à cette étude sont issus de ces courants de pensée, tels que : ce qui entoure la médicalisation de la reproduction et l'impact de la socialisation sur les motivations des femmes à suivre ces traitements. De plus, j'adhère moi-même à plusieurs

¹⁹ Par exemple : qu'elles ne placent pas assez les femmes concernées au centre de leur recherche, qu'elles aliènent complètement l'autonomie de ces femmes en considérant que leurs décisions d'aller en PMA est issu du pouvoir de la société patrilinéaire et que, de ce fait, elles critiquent fortement les femmes décidant d'aller en PMA.

d'entre eux sur de multiples points, il est donc probable que cela transparaisse à un certain degré.

Chapitre 2 : Concepts clés

Dans ce chapitre, je définirais plusieurs concepts qui sont pertinents pour analyser et bien comprendre les propos tenus par les participantes sur l'infertilité et le vécu multidimensionnel de cette maladie. Je débuterais par le concept des *Nouvelles Technologies de Reproduction* (NTR) puisque ces technologies sont au cœur des traitements en clinique de fertilité. J'aborderais ensuite l'aspect de la parentalité et l'apport considérable que ce domaine d'étude a dans cette recherche. Après tout, puisque cette recherche traite de la quête de parentalité, il est clair que l'étude de la parentalité doit y avoir une place prépondérante. De plus, le fait que les participantes de cette recherche ont dû considérer des avenues –disons, moins conventionnelles– pour faire famille, il est pertinent de traiter de la parentalité et de leur perception de ce que cela représente d'être parent. La quête de parentalité en clinique de fertilité représente un terreau des plus fertiles pour penser ce que représente faire famille de nos jours au Québec. J'enchaînerais sur le concept d'infertilité, qui mérite une partie importante de cette section puisqu'il s'agit d'une notion extrêmement complexe et multidimensionnelle –même si de prime abord on le conçoit comme étant somme toute simple à définir. Ainsi, ce concept sera analysé sous tous ses angles afin de bien comprendre tous les enjeux qu'il soulève, et dès lors, comprendre de multiples aspects mentionnés par les participantes. La dernière section de ce chapitre traitera de l'impact du socioculturel sur le désir de parentalité. Précision tout de suite que le terme parentalité a été préféré à celui de désir d'enfant dans ce travail puisque ce qui nous intéresse en soi est le statut de parent que les participantes recherchent et non pas le fait d'avoir accès à un enfant –si tel avait été le cas, les participantes auraient davantage mis sur le même pied d'égalité le fait de devenir famille d'accueil ou d'être gardienne d'enfants; ce qui n'est pas le cas. Ainsi, l'enfant est conceptualisé ici comme un relais qui permet d'accéder à l'expérience de parentalité (Châteauneuf 2012 : 115).

2.1 Les Nouvelles Technologies de Reproduction

2.1.1 Définition

Afin de bien comprendre le vécu des femmes en clinique de fertilité, il incombe de définir le terme *Nouvelles Technologies de Reproduction* (NTR) –après tout, ce sont ces techniques qui sont pratiquées en cliniques de fertilité et qui donnent la spécificité aux cliniques dans leur approche pour traiter l’infertilité.

Les NTR peuvent être considérées comme représentant le chapitre le plus récent d’une histoire très ancienne, soit celle du contrôle de la procréation (Chateaufort 2011 : 77). Ces technologies réfèrent souvent aux thérapies contemporaines d’infertilité qui incluent : (a) les techniques pharmacologiques et chirurgicales pour éradiquer ou remédier à des dysfonctions que l’on croie contrevenir à la conception ou à la grossesse, (b) les drogues hormonales pour stimuler, augmenter ou contrôler la chaîne reproductive et (c) les procédures non-coïtales pour court-circuiter les dysfonctions reproductives qui ne peuvent pas être traitées ou diagnostiquées (Sandelowski 1993 : 42).

Spécifiquement, les NTR englobent une vaste gamme de techniques et phénomènes, dont la liste non exhaustive serait la suivante : 1) l’induction hormonale d’ovocytes; 2) l’insémination artificielle intraconjugale (IAC) ou avec un donneur (IAD); 3) la fécondation *in vitro* (FIV); 4) l’injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)²⁰; 5) l’électro-éjaculation, MESA, PESA, TESA et TESE²¹, bref toutes les techniques alternatives pour recueillir des spermatozoïdes; 6) le don de gamètes (sperme, ovocyte et ADN mitochondrial); 7) l’adoption/le don d’embryon; et 8) le phénomène des mères porteuses. C’est surtout de ces 8 technologies que nous traiterons dans ce travail –quoique la FIV soit davantage discutée puisqu’il s’agit de la technique ayant le plus d’implications (physiques, psychologiques et monétaires) et que la majorité des participantes y ont eu recours. Toutefois, de façon plus globale, les NTR comprennent également les contraceptifs, les diagnostics prénataux, les diagnostics préimplantatoires, la réduction embryonnaire et les

²⁰ Techniques d’ailleurs offertes dans 32 des 33 centres de FIV au Canada en 2012.

²¹ Voir le glossaire.

technologies d'assistance à l'accouchement. En sommes, NTR réfèrent à toutes les formes d'interventions biomédicales assistant les femmes considérant avoir ou ne pas avoir d'enfant (McNeil 1990 et Inhorn and Van Balen 2002 : 3).

2.1.2 Développement historique des techniques

Comme le dit le slogan du *Paris Match* : *la vie est une histoire vraie*, sous-entendant ici que la réalité dépasse souvent la fiction –ce qui est plus que véridique dans plusieurs des potentialités qu'offrent les NTR. Nous ferons d'ailleurs dans cette section une brève description du développement historique de ces technologies. Le but ici n'est pas de faire leur biographie complète (ce qui serait un travail colossal), mais de situer historiquement leur développement afin de comprendre les circonstances de leur émergence et les défis auxquels elles ont fait face.

L'une des premières *Technologies d'Assistance à la Reproduction* (ART) dont nous pouvons retracer l'historique est l'insémination artificielle. La première qui ait eu lieu sur un mammifère se serait faite en 1742 sur un chien par Abbe Lazzaro Spallanzani. Chez les humains, cela remonterait à 1793 à Londres (Achilles 1990 : 149-150). Au 19^{ème} siècle en Europe et aux États-Unis, cette procédure était utilisée pour les femmes mariées de haute et moyenne classe sociale qui avaient de la difficulté à concevoir (Schmidt and Moore 1997 : 22). Pour ce qui est de l'insémination artificielle avec donneur (IAD), c'est en 1884, à Philadelphie, que le docteur William Pancoast a décidé d'expérimenter cela pour la première fois sur un humain. Pancoast a d'abord fait quelque chose d'étonnant pour l'époque, il a examiné le mari –et non juste la femme²²– et s'est aperçu que celui-ci était infertile puisque la gonorrhée avait détruit ses facultés à produire du sperme viable (Marantz Hening 2004: 26). Pour effectuer l'insémination, ce docteur s'est servi d'un donneur et il a choisi pour se faire un étudiant de médecine qu'il jugeait bon représentant masculin de l'espèce humaine. Il a réalisé cette procédure sans le consentement du couple et n'a avoué que des années plus tard au mari ce qu'il avait fait. Le mari, quant à lui, a décidé d'apporter ce secret dans sa

²² L'infertilité étant historiquement associée à la femme.

tombe et de ne jamais dire à sa femme que leur enfant n'était pas biologiquement le sien (Mundy 2007 : 72-73). Même si cette procédure est pratiquée depuis longtemps et qu'on pouvait facilement l'obtenir via des filières médicales depuis les années 1930, son utilisation n'est devenue une politique sociale qu'après la Deuxième Guerre Mondiale (Donchin 1999 : 154). À cette époque, beaucoup de soldats rentraient meurtris physiquement et psychologiquement et n'avaient d'autres choix que de se tourner secrètement vers les cliniques de fertilité pour avoir un enfant (Forget 2012 : 50). Un développement majeur de cette technologie fut l'avancement des techniques de cryopréservation durant les années 1950. Cela a permis de conserver indéfiniment les spermatozoïdes, qui furent les premières cellules humaines à être mises sous cryopréservation correctement par Chris Polge en 1949. Toutefois le sperme cryopréservé n'a été utilisé cliniquement pour la première fois que cinq ans plus tard. Entre 1954 et 1972, plusieurs banques de sperme ont vu le jour aux États-Unis –toutes dans des universités et à des fins de recherches. Ce n'est qu'en 1972 que la première banque de sperme commerciale a ouvert ses portes (Schmidt and Moore 1997 : 22-23). Cette offre tardive s'explique par le fait que l'insémination artificielle avec donneur, jusque dans les années 1980, a soulevé plusieurs controverses légales sur l'adultère, la lignée, la légitimité et l'attribution des droits et devoirs des donneurs, des bénéficiaires et de la progéniture (Donchin 1999 : 154). De nos jours, la cryopréservation sert aussi aux hommes qui vont débiter des traitements contre le cancer afin qu'ils puissent «protéger leur fertilité». Cette technologie a permis, par la suite, en 1983, à Trounson d'effectuer la première grossesse résultant d'un embryon cryopréservé à Melbourne –Australie. Un an plus tard, toujours en Australie, on rapporte la première naissance humaine suite à une donation d'ovule (Price 1999 et Haines 1999 : 269). Étonnamment, les méthodes pour congeler les ovules n'ont pas été efficaces avant 1986, soit plusieurs années après celles pour le sperme et les embryons. Ceci s'explique par le fait que l'ovule, en étant la plus grande cellule du corps humain, se cristallise durant la congélation et que les cristaux déchirent fréquemment sa délicate membrane (Gore-Langton and Daniel 1999 : 220 et Munro 1999 : 244). De nos jours, la donation d'ovocyte n'est toujours pas monnaie courante puisque la cryopréservation demeure risquée pour l'intégrité de la cellule. Toutefois, la vitrification –un processus de

congélation à haute vitesse qui limite la formation de cristaux– offre une belle promesse d’amélioration de la technique.

Passons maintenant aux technologies et aux avancements scientifiques qui ont mené, plus directement, au développement de la technique FIV. Tout commence avec Gregory Pincus, en 1934, lorsqu’il publia un article sur la fertilisation *in vivo* des ovules de lapins (Franklin 2013). Dix ans plus tard, la première fertilisation humaine *in vitro* est revendiquée par John Rock et Miriam Menkin aux États-Unis. Ceux-ci auraient fertilisé un ovule obtenu lors d’une hystérectomie, mais ils n’auraient jamais transféré ledit embryon dans un utérus. Toutefois, nombreux sont ceux qui doutent encore aujourd’hui de cette histoire (Yoxen 1990 : 179 et Mundy 2007 : 29). Ce qui est moins contesté, ce sont les avancées, au début des années 1950, d’Alan Beatty. Celui-ci rapporte avoir fertilisé un ovule d’une souris qu’il aurait injecté, via le col de l’utérus, dans celui d’une autre. Il aurait également, avec Alan Gates, publié des articles sur la stimulation ovarienne de souris immatures avec de la gonadotrophine pour induire l’œstrus et l’ovulation (Edwards and Steptoe 1980 : 20-27). Plus tard, soit en 1959, un autre scientifique dénommé Chang a achevé une percée majeure : la première naissance chez un mammifère via une FIV (Franklin 2013). La palme revient néanmoins à Edwards et Steptoe qui, un jour d’été de 1975, ont rapporté la première grossesse FIV (qui s’avéra ectopique) chez l’humain (Edwards 1980 : 125-128). Mais trois ans plus tard, ils marquent un tournant majeur puisque le premier enfant naît suite à une fertilisation *in vitro*. C’est Lesley Brown qui donna naissance à Louise Brown après qu’un seul embryon fertilisé ait été transféré dans son utérus durant un cycle spontané (Edwards and Steptoe 1980). Cette naissance peut d’ailleurs être visualisée sur YouTube. Ce que Lesley ne savait pas à l’époque était que cette médecine était des plus expérimentales et que même si Steptoe et Edwards s’étaient exercés avec plus ou moins 80 couples auparavant, l’expérience n’avait jamais été concluante (Forget 2012 : 21). Le couple Brown a, par la suite, eu une deuxième fille via la FIV, Natalie –qui fut la première enfant FIV a donné naissance à un enfant en 1999 (Marantz Hening 2004: 262). Durant les années 1980, seulement quelques autres FIV ont été faites puisque cette pratique avait un taux de réussite de moins de 5%, ce qui n’enthousiasmait que peu de cliniciens. La combinaison de la

FIV et de l'induction de l'ovulation, qui permet d'obtenir une quinzaine d'ovules plutôt qu'un seul (comme le veut la nature) et d'ainsi transférer un ou plusieurs embryons durant le même cycle, a été un développement important puisque celle-ci est associée à un plus haut taux de réussite (Trounson and Wood 1984 dans Price 1999). Même si dans les années 1950 l'induction hormonale d'ovocyte apparaît et qu'on l'utilisa cliniquement et expérimentalement dès 1960, on ne l'a combiné que bien plus tard à la FIV (van Balen 2002 :79). La raison étant qu'Edwards et Steptoe, lors de leurs nombreuses essais, avaient établi (à tort) que pour qu'une FIV réussisse, elle devait se faire sur un cycle spontané.

Diverses autres technologies se sont greffées peu à peu aux NTR après l'apparition de la FIV. L'électro-éjaculation, en 1985, développée par un vétérinaire nommé Stephen Seager, en est un exemple (Mundy 2007 : 63). Grâce à cette technique, on peut collecter le sperme d'hommes quadraplégiques pour ensuite effectuer une FIV (Mullen 1999 : 249). Une autre technique, soit la technique d'injection de sperme intra-cytoplasmique (ICSI), a été développée par accident au début des années 1990 lorsqu'à l'aide d'une micropipette de son invention Gianpiero Parlermo poussa légèrement trop fort et perça la zone pellucide d'un ovule. Il était persuadé que la fertilisation ne se produirait pas à l'époque, mais a tout de même conservé le pétri pour voir. De nos jours, cette technique est largement utilisée et est considérée comme la plus grande révolution dans le domaine après la FIV (Mundy 2007 : 76). L'injection intra-cytoplasmique de sperme a fourni une réelle opportunité pour surmonter ce qui était auparavant considéré comme un problème d'infertilité masculine intraitable (van Balen 2002 : 80). La première naissance rapportée issue de cette technique est en 1992, mais désormais on utilise cette technique dans 55% des FIV au Canada (FQPN 2006 : 32). La clinique Ovo rapporte toutefois l'utiliser dans 65% de FIV. Ainsi, il est désormais possible pour la première fois dans l'histoire de l'humanité de transmettre l'infertilité de père en fils (Forget 2012 : 22 et 53).

En gros, toutes ces technologies permettent de dissocier sexualité, procréation et parentalité et d'ouvrir considérablement l'éventail des possibles (Dandurand et Ouellette 2000 :14). Et même si l'on voit clairement le côté expérimental et essais-erreurs de ces

technologies, ils demeurent qu'ils ont permis à de nombreux couples –dont le tiers des participantes à cette étude– de devenir finalement parent.

2.2 L'étude de la parenté et la spécificité de la parenté occidentale

Dans cette section, nous verrons que l'étude de la parenté est un domaine de prédilection pour les anthropologues et que le développement des NTR a permis de relancer la popularité de ces recherches. Nous analyserons également en quoi la parenté occidentale est si particulière et en quoi ses spécificités ont permis aux NTR de devenir un moyen de conception socialement accepté –voire valorisé– lorsque des délais prolongés de conception sont rencontrés. En fait, mis à part certains groupes religieux qui s'insurgent toujours contre l'idée que des médecins et des scientifiques ne devraient pas jouer à Dieu en créant la vie en laboratoire, la FIV n'émeut plus grand monde et la polémique l'entourant s'est grandement dissipée (Forget 2012 : 21). Cette section permettra aussi de comprendre en quoi nos schèmes de conceptualisation vis-à-vis la parenté ont le pouvoir d'influencer notre désir de parentalité. Ainsi, en prenant en considération que la famille est une entité mouvante et changeante, qui se doit d'être située sur un continuum historique et idéologique, nous allons discuter de ce qui caractérise notre système de parenté (Chateauneuf 2011 : 55). En bref, cette section nous permettra de comprendre que sans nos schèmes particuliers de parenté, l'utilisation des Nouvelles Technologies de Reproduction ne trouverait pas d'ancrage justificatif et idéologique. Toutefois, afin de bien nous préparer à comprendre les multiples concepts et facettes de notre parenté, nous devons avant tout aborder des concepts plus généraux élaborés en anthropologiques de la parenté. Par ailleurs, les auteurs qui seront cités dans cette section ont été choisis puisqu'ils ont su rédiger des ouvrages regroupant particulièrement bien les concepts clés et les développements historiques de l'anthropologie de la parenté.

2.2.1 Concepts associés à l'anthropologie de la parenté

Il importe de débiter cette section sur la parenté par les concepts classiquement associés à l'anthropologie de la parenté puisque, tout d'abord, le sujet de ce mémoire s'y porte

particulièrement bien et, ensuite, parce que c'est en réfléchissant à d'anciens concepts que nous pouvons davantage comprendre les phénomènes contemporains qui ont comme assises ces derniers. Nous commencerons donc par voir ce qu'est un système de parenté pour ensuite élaborer les concepts expliquant son fonctionnement –soit la terminologie, la filiation, la succession, le mariage et la famille.

Avant tout, il importe de savoir que tous les systèmes de parenté sont amenés à traiter conceptuellement les mêmes données de base (l'engendrement et le sexe des individus par exemple) (Héritier 1999 : 13-16). Et de fait, c'est en réglementant les conduites des individus que chaque système arrive à réguler la vie sociale –mais non sans être limité afin de fonctionner (Ghasarian 1996 : 12-16). Ainsi, d'un point de vue anthropologique, un système de parenté propose des règles : de succession, d'héritage, d'alliance, de place accordée selon les tranches d'âges et le sexe, etc. Tout système inclut également des devoirs, des obligations, des droits, des rapports de pouvoir et d'accès aux ressources, ainsi que différentes formes de compétition et de coopération. L'étude d'un système de parenté se penche donc sur les rapports qui unissent les êtres humains entre eux par des liens fondés sur la parenté biologique (consanguine), fictive²³ et sur les relations d'alliances (Héritier 1999 : 13 et Ghasarian 1996 : 15). Comprendre le système de parenté d'une société donnée permet de saisir le processus de socialisation qui modalise un individu, les valeurs qui lui sont transmises et l'organisation sociale de sa société. Il en est de même lorsque l'on étudie les transformations qui ont le potentiel de se produire dans le cadre de l'apparition des *Nouvelles Technologies de Reproduction*.

Terminologie et nomenclature de la parenté

Pour débiter, un aspect important compris dans les études sur la parenté est les systèmes terminologiques et de nomenclatures. Ceux-ci ont pour fonctions de schématiser l'organisation de la parenté et de servir d'outils d'analyse afin de clarifier le fonctionnement de l'organisation sociale. Ces systèmes servent également de point de départ pour comprendre les rapports sociaux et économiques qui existent entre les membres d'une

²³²³ C'est-à-dire la parenté basée sur des relations adoptives, juridiques, spirituelles, amicales ou mythiques.

parenté. L'étude de ces systèmes se révèle importante puisque souvent les termes se réfèrent à des types de conduites et à de rôles sociaux (Ghasarian 1996 : 32). Toutefois, il faut être conscient qu'un système terminologique représente schématiquement les relations entre individus et non pas le vécu des individus. En effet, même si les terminologies façonnent l'univers social d'une population en reflétant et en organisant le monde, elles ne sont pas toutes significatives et leurs particularités ne nous révèlent pas nécessairement des éléments fondamentaux de la structure sociale (Deliège 2011 : 33-34). Puisqu'il n'est pas rare d'observer des divergences entre les pratiques réelles et l'ordre idéal que représentent les terminologies. Néanmoins, il demeure qu'une logique interne peut être dégagée des terminologies de parenté puisque celles-ci sont des catégories sémantiques. De fait, il est intéressant de les étudier puisqu'étant des systèmes fermés de signes relativement indépendants des acteurs sociaux, ils permettent d'étudier les enjeux de l'esprit propre à une société. Précision toutefois que le but de ce travail n'est pas d'établir un schéma de la parenté québécois. Néanmoins, l'importance de certains termes terminologiques sera soulevée (père, mère et grands-parents surtout).

Filiation, Succession et Héritage

La filiation est le principe gouvernant la transmission de la parenté en déterminant de qui on acquiert son identité sociale et son statut ainsi qu'envers qui nous avons des droits et des devoirs (Ghasarian 1996 : 11). Cet aspect de la parenté est d'ailleurs l'un des sujets de prédilection de l'anthropologie classique et de plusieurs études contemporaines. Plusieurs types de filiations ont été identifiés et nous allons donc les présenter brièvement afin de comprendre certains liens faits plus tard dans ce travail. Premièrement, la filiation unilinéaire est la transmission à travers le lignage maternel (matrilinéaire ou «avunculinaire») ou paternel (patrilinéaire) exclusivement. Dans ces systèmes, on dénote une forme d'«idéologie de la procréation» –et non pas une méconnaissance du processus biologique. La distinction des sexes est importante puisque la parenté se transmet par l'un des parents et se «perd» par l'autre (Ghasarian 1996 : 59). Dans ce type de filiation, ils y a moins de personnes que dans la filiation bilinéaire, mais les liens sont plus forts entre les membres; ce qui assure une plus

grande sécurité économique et sociale, mais aussi des obligations et devoirs plus stricts. Deuxièmement, on peut identifier la filiation bilinéaire, que l'on peut considérer comme une double filiation unilinéaire et qui est extrêmement rare. Celle-ci se fait par les hommes et par les femmes, mais l'individu obtient des aspects sociaux précis de chaque côté, tels que : nom de famille, droits, devoirs, obligations, responsabilité, biens, culte des ancêtres, etc. (Bates 2013). Et troisièmement, la filiation bilatérale²⁴ correspond à la transmission par l'ensemble des lignées (paternelle et maternelle) sans distinction entre celles-ci; Ego²⁵ reconnaît donc ses quatre grands-parents de façon équivalente (Deliège 2011 : 14 et Ghasarian 1996 : 65-67).

Comme toutes les sociétés édictent des lois afin de régir la transmission du statut et des fonctions (héritage) ainsi que des biens mobiliers ou immobiliers (succession), ces deux principes ont tendance à suivre le principe de filiation majoritaire au sein de la société (Ghasarian 1996 : 93 et Deliège 2011 : 14). De plus, certaines sociétés ont des règles de primogéniture afin de faire diminuer le statut entre les germains en fonction de leur ordre de naissance; ainsi le pouvoir ou la responsabilité va directement à l'aîné (l'inverse étant l'ultimogéniture lorsque c'est le cadet qui hérite). Ce phénomène vise à diminuer l'hostilité potentielle qui existe entre les germains (Ghasarian 1996 : 96). D'autres sociétés ont ce que l'on appelle un principe de préciput –ce qui représente le fait que c'est les parents qui choisissent l'enfant qui hérite.

Le concept de lignage est lui aussi fortement lié à celui de filiation puisqu'il désigne une relation de droits et devoirs entre des personnes qui descendent d'un ancêtre commun (Lowie 2004 : 43).

Mariage/ alliance et prohibition de l'inceste

D'un point de vue anthropologique, un mariage est une union socialement reconnue et approuvée entre deux personnes. Les principes de reconnaissance et d'approbation sociale sont extrêmement importants puisqu'une union non approuvée peut provoquer des

²⁴ Cognatique et indifférenciée sont des synonymes.

²⁵ Représente la personne de référence.

pressions sociales pour briser l'union²⁶. L'importance d'officialiser une union se reflète, elle, dans la répulsion envers le célibat –répulsion qui se retrouve dans la plupart des sociétés. Ce qu'il faut comprendre ici c'est que la coopération économique enjointe dans un couple est cruciale dans beaucoup de sociétés. En fait, en vertu de leurs différences sexuelles fondamentales, un homme et une femme constituent une unité de coopération d'une grande efficacité puisqu'ils sont complémentaires. Cette division renforce la nécessité des hommes et des femmes de s'associer. Le mariage permet donc cette complémentarité économique et sexuelle (Deliège 2011 : 24-25). C'est, entre autres, pour cette raison que la plupart des sociétés ont une répulsion envers le célibat (Ghasarian 1996 : 113 et Parkin and Stone 2004 : 3). Le fait de vouloir reproduire ses gènes et transmettre son héritage constituent également des pistes explicatives.

Ici, une distinction importante mérite d'être mentionnée : celle entre relation sexuelle et mariage. En fait, toutes les sociétés font cette distinction puisque le mariage implique des obligations juridiques via la succession/héritage, alors que l'union sexuelle, elle, n'a pas de conséquences juridiques (Deliège 2011 :23 et Ghasarian 1996 : 113). Par ailleurs, ces obligations peuvent être formulées dans un cadre juridique étatique, mais aussi –comme dans la plupart des sociétés– dans des pratiques juridiques qui ne sont pas liées à l'État.

Donc, un mariage peut prendre plusieurs formes et suivre diverses règles selon ce que choisit la société. Par exemple, il peut relever d'un choix privé ou bien être arrangé²⁷; être monogame ou polygame²⁸; permettre la séparation du couple ou non; valoriser la virginité²⁹ et la fidélité ou en faire peu de cas; etc. Ce qu'il faut comprendre c'est que le mariage est

²⁶ Ici nous pouvons penser à la phrase typiquement dite par le célébrant dans les mariages «Si quelqu'un s'oppose à cette union, qu'il parle maintenant ou se taise à jamais» qui reflète l'importance de l'approbation sociale.

²⁷ Précisions que ce n'est pas parce qu'un mariage est arrangé qu'il est forcé! Un des principes sous-jacent au mariage arrangé est que l'on se doit de respecter la connaissance parentale puisque nos parents nous connaissent mieux que nous-même et ont plus de connaissance de la vie pour choisir un conjoint approprié à notre tempérament.

²⁸ Mariage possible avec plusieurs partenaires. On distingue également la polygynie (le mariage d'un homme avec plusieurs femmes) de la polyandrie (mariage d'une femme avec plusieurs hommes) (Ghasarian 1996 : 128 et Deliège 2011 : 111).

²⁹ La valorisation de la virginité est plus fréquent dans les sociétés où il y a une stratification sociale et où la pureté, synonyme de virginité ici, est plus attractive (Parkin 2004 : 39).

souvent davantage orienté vers le fonctionnement d'une société que sur les besoins des protagonistes (Ghasarian 1996 : 128). Le choix pour un type particulier semble davantage correspondre à certaines formes de problèmes et à certaines contraintes environnementales (Deliège 2011 : 25). Bref, le mariage comporte une pléthore de variations. Toutefois, chaque société a des règles de mariage qui font que celui-ci est à la fois endogamique³⁰ et exogamique³¹. Ceci s'explique par le fait qu'une société se doit de créer ou de renforcer des liens entre des groupes différents, mais doit tout de même préserver une certaine «pureté». Toutes les sociétés ont donc des règles de mariage qui produisent des catégories de conjoints préférentiels et d'autres prohibés –conduisant ici au principe de l'interdit de l'inceste (Deliège 2011 : 19).

L'interdit de l'inceste représente l'une des premières règles constitutives de l'organisation sociale en expliquant la nécessité de créer des alliances exogames. Néanmoins, ces règles ne sont pas toujours érigées formellement. En fait, elles sont la plupart du temps implicites et sont apprises très jeunes afin de structurer la vision du monde des individus et de leur apprendre à voir les possibilités d'alliance socialement acceptables. Selon Lévi-Strauss, l'interdit de l'inceste est un phénomène universel défini comme l'interdiction d'avoir des rapports sexuels entre proches parents. Même si son contenu varie considérablement, dans la quasi-totalité des cas, il s'étend, au minimum, à tous les membres de la famille élémentaire³² (Deliège 2011).

Lorsque le conjoint est trouvé et que le mariage est officialisé, la question se pose alors de savoir où le nouveau couple va résider. La réponse à cette question est presque toujours érigée en règle. Or, il en existe plusieurs variétés. La règle de résidence peut être unilocale et appartenir à l'une de ses quatre formes : patrilocale³³, virilocale³⁴, matrilocale³⁵ ou

³⁰ Un mariage «à l'intérieur de» (ex. : la parenté, la caste, la même religion, etc.).

³¹ Un mariage «à l'extérieur de» (ex. : parenté, village, etc.).

³² Père, mère, frère(s) et sœur(s).

³³ La femme s'installe sur les terres des parents de son mari.

³⁴ La femme va vivre à proximité des parents de son époux.

³⁵ Le mari s'installe chez les parents de sa femme.

uxorilocale³⁶. Elle peut également être néolocale³⁷ (quoique ce type de résidence favorise le développement de la famille nucléaire et engendre le démantèlement des groupes de filiation unilinéaire), bilocale³⁸, alternée³⁹ ou duolocal⁴⁰. Précisions néanmoins que, souvent, résidence et filiation sont liées (Bates 2013, Deliège 2011 :19-20 et Ghasarian 1996 : 176-181).

Or donc, l'étude du mariage dans une société nous permet de comprendre les liens qui sont formés à travers une relation d'alliance puisque c'est le plus souvent à travers le mariage que se crée l'alliance et que se noue une solidarité sociale (Deliège 2011 : 17). Des personnes qui sont liées entre elles via le mariage de l'un des leurs se nomment alliés ou affins (Ghasarian 1996 : 17). Ainsi, même si l'on parle d'une union entre deux personnes, le mariage est surtout une alliance entre deux familles. De plus, il ne s'agit pas nécessairement d'une union amoureuse, mais d'une qui est valable et valide afin que les enfants nés de cette union soient légitimes. La légitimité est importante puisque c'est par l'intermédiaire des enfants légitimes que les alliés deviennent des consanguins. Le passage de l'alliance à la consanguinité explique donc les nombreux enjeux dans le choix du conjoint (Ghasarian 1996 114-115). Ainsi, au niveau anthropologique, la famille se fonde avec la naissance d'enfant et peut se résumer comme étant la continuité de la lignée. L'enfant légitime naîtra donc dans un système le précédant et dans lequel il aura –avant même de naître- des obligations et des devoirs sociaux préétablis. La lignée qu'il représente et perpétue a donc un grand impact sur son identification sociale et sur son identité.

Atome de parenté

Comme mentionné plus haut, une famille se constitue suite à un mariage et à l'engendrement d'enfant(s) légitime(s). Cet atome, que l'on nomme famille nucléaire, serait universel puisque toutes les sociétés reconnaîtraient la triade élémentaire qui unit un

³⁶ Le mari va vivre à proximité des parents de son épouse.

³⁷ Le couple élit domicile dans un lieu de leur choix et différent de celui où il vivait avant le mariage.

³⁸ Les époux décident auprès de quel groupement ils désirent résider et s'intégrer.

³⁹ Le couple vit de façon alternée dans la famille de l'épouse, puis dans celle de l'époux.

⁴⁰ Les conjoints résident séparément avec leur famille respective.

homme, une femme et leur(s) enfant(s) (Deliège 2011 : 120-121). Cette triade est d'ailleurs à la base de huit relations dyadiques caractéristiques : 1) mari/femme; 2) père/fils; 3) mère/fille; 4) mère/fils; 5) père/fille; 6) frère aîné/cadet; 7) sœur aînée/cadette; 8) et frère/sœur (qui pourrait également inclure la caractéristique d'aînesse) (Deliège 2011 : 26). Cet *atome de parenté* permet aussi de distinguer trois types de relations : sexuelle (mari/femme), descendance (parents/enfants) et fraternité⁴¹ (frère/sœur) (Ghasarian 1996 : 43). À cela s'ajoutent les relations de parenté de second ordre (appartenance de chaque individu à une autre famille nucléaire) et de troisième ordre. C'est d'ailleurs via ces relations et caractéristiques que l'on peut relier tout un chacun à sa parenté (Deliège 2011 : 26).

Conclusion

Bref, nous avons vu que les systèmes de parenté disposent de règles extrêmement variables afin d'organiser la vie sociale des individus. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que les systèmes sont adaptatifs. Tous les arrangements et toutes les innovations à l'intérieur d'un système lui donnent à la fois son dynamisme et sa continuité. En fait, un respect trop grand des normes empêcherait la société de se perpétuer. Les systèmes arriveraient à des blocages et ne seraient pas opératoires. C'est d'ailleurs ce que nous démontrera le sujet de ce texte –soit la création de lien de filiation via les NTR.

2.2.2 L'importance de l'étude de la parenté

L'étude de la parenté est un domaine d'étude qui fut central au développement de l'anthropologie et l'un des seuls sur lequel cette science ait un certain monopole (Parkin and Stone 2004 : viii et 2). En fait, l'anthropologie est une science qui a été fondée sur un intérêt «obsessif» de la parenté, de la procréation et de la succession. Ce domaine d'étude a élaboré des théories sur l'organisation sociale (Bachofen 1861, McLennan 1865 et Westermarck 1891), a produit des théories sur la reconnaissance de paternité des «indigènes», a fait l'élaboration de théories sur le développement social en stades (Engels 1884, Morgan 1871 et Maine 1861) et a fourni des théories positionnant de façon centrale la structure sociale

⁴¹ Collatéralité est un synonyme ici.

des arrangements reproductifs (Frazer 1910, Rivers 1910, Malinowski 1913 et Lévi-Strauss). L'étude de la parenté et l'intérêt pour ce sujet de la part des anthropologues ne datent donc pas d'hier.

L'anthropologie a permis de démontrer que la parenté est un sujet de grande importance puisque «*dans toutes les sociétés humaines, les relations biologiques sont des catégories élémentaires qui permettent à l'homme d'identifier et d'ordonner ses relations sociales*» (Deliège 2011 : 12). En fait, aucune société n'est sans ce que nous pouvons reconnaître et traiter comme étant de la parenté et plusieurs de ces aspects sont retrouvés universellement (Parkin and Stone 2004 : viii). Toutefois, cette discipline a toujours mis un point d'honneur à préciser que les termes *parenté* et *famille* sont flous et, étant des construits de l'être humain, mouvant –de par le monde, mais également à l'intérieur d'une société. Des exemples étant que le terme *famille* n'est apparu dans le Code civil du Québec qu'en 1964 et que la famille est loin d'être un concept uniforme avec la pluralité des types d'union (de fait, homosexuel, mariage) et de famille (adoptive, biologique, recomposée) qui coexistent au sein de notre société (Chateauneuf 2012 : 103 et Moore 2003 : 58 et 85).

Dans les années 1990-2000, les diverses controverses auxquelles les familles occidentales ont faites face, telles que : le divorce, les familles recomposées, l'institutionnalisation de l'adoption, l'acceptation de l'homosexualité, les nouvelles biotechnologies et le renforcement de la famille nucléaire avec l'urbanisation et le mode de vie moderne (Deliège 2011 : 7), ont relancées les études sur la parenté⁴². Les chercheurs ont mis de l'avant que même si dans les sociétés industrielles la famille ne joue plus un rôle aussi prépondérant –puisqu'elle n'envahit plus toutes les institutions sociales (Schneider 1980) – elle continue tout de même à jouer un rôle primordial dans la vie des gens et l'étudier demeure pertinent (Deliège 2011 : 11).

⁴² Bien que les féministes aient publié plusieurs études portant sur la parenté avant 1990, ce n'est qu'à cette époque que l'on peut véritablement affirmer que les études de la parenté sont redevenues un sujet de prédilection en anthropologie.

Maintenant que nous avons vu que l'étude de la parenté est centrale en anthropologie, voyons maintenant ce que signifie concrètement le terme *parenté*. Selon Sahlins (2011), la parenté est une notion représentant des personnes qui sont membres d'un groupe et qui participent intrinsèquement à la vie de chacun. Elle se crée au niveau de la reproduction, de la construction sociale ou d'une combinaison des deux. Il nomme ce concept «*mutuality of being*». De façon orthodoxe, la parenté est définie comme représentant l'ensemble des relations constituées en termes de procréation, de filiation ou de descendance. Toutefois, ces types de relations peuvent également être créés après la naissance en performant des actes culturellement appropriés; ce qui peut être fait biologiquement, peut l'être socialement. La construction sociale de la parenté peut fonctionner comme un complément nécessaire à la reproduction sexuelle; les deux fonctionnant ensemble à travers le temps pour fabriquer un lien parental. Le partage de la nourriture, la réincarnation, la co-résidence, le partage de souvenirs, le fait de travailler ensemble, l'adoption, l'accès à la terre, la participation à des activités communes, la proximité géographique ou émotive, l'amitié, le partage de ses souffrances, etc. sont autant de moyens de créer la parenté après la naissance d'un individu (Edwards et Strathern 2000 : 157). Au niveau de la reproduction, qui est formulée symboliquement et qui varie grandement culturellement, cela implique une évaluation de la contribution du géniteur et de la génitrice. Mondialement, on conceptualise qu'un parent peut être connecté à sa progéniture en lui transmettant diverses substances (os, sang, âme, lait, gamète, etc.) (Sahlins 2011). L'anthropologie reconnaît donc que la reproduction humaine peut davantage être conceptualisée comme un phénomène biologique socialement constituée et culturellement variable à travers le temps et l'espace plutôt que comme un fait «*naturel*» (Inhorn and Van Balen 2002). En fait, souvent la parenté est décrite comme une forme d'organisation sociale (Parkin and Stone 2004 : viii) ou comme un système de symboles et de significations (Collard 2000). Elle est comprise comme étant des rapports unissant des *Hommes*⁴³ entre eux par des liens fondés sur la parenté réelle (la consanguinité), fictive (l'adoption) et sur les relations d'alliances (Héritier 1981 : 13 et Ghasarian 1996 : 15). Un

⁴³ Dans le sens d'êtres humains et non pas généré ou sexué.

système de parenté n'existe donc que dans la conscience des êtres humains; c'est un système arbitraire de représentations et d'organisation sociale.

2.2.3 La spécificité occidentale

Passons maintenant à la spécificité de la parenté euroaméricaine⁴⁴. Un apport majeur sur le sujet provient de David Schneider (1980). Selon lui, dans le système de parenté des sociétés contemporaines occidentales, la famille est définie comme une unité «*naturelle*» – c'est-à-dire basée sur les faits de la nature (Schneider 1980). Cette croyance naturaliste s'explique en partie parce que notre système de filiation est bilatéral et fondé sur le modèle généalogique –c'est-à-dire qu'il s'appuie sur un principe d'exclusivité qui est étroitement calqué sur la reproduction biologique sexuée. Cela crée une tendance à naturaliser notre système (Chateauneuf 2011 : 53 et 355). Cette perception du «*naturel*» fait en sorte que la signification de plusieurs éléments de notre système de parenté s'opère au niveau du sens commun. Ainsi, il nous est plus facile de tenir pour acquis que notre système de parenté est basé sur des «*faits naturels*», alors qu'il s'agit d'une construction sociale (Franklin 1999). Le terme social ici est mis en évidence puisque ce que l'anthropologie a permis de mettre en lumière est bel et bien que tout système de parenté, aussi *rationnel* et *vrai* puisse-t'il sembler, n'en demeure pas moins un construit de la pensée humaine. Comme le dit si bien Zimmerman (1993 : 12 et 224) : «*il est vrai que la parenté se fonde sur les réalités biologiques de procréation, mais la société interprète, reconnaît ou non, sanctionne par des prescriptions ou des interdits, ce donné biologique*»; «*la parenté est [...] un système ambigu dont les intéressés s'ingénient à relativiser le fondement biologique en créant la fiction d'une "vérité"*». Force est d'admettre que la parenté n'est pas une théorie à propos de la biologie, mais que la biologie sert à formuler des théories sur la parenté (Schneider 1980 : 115).

Il est possible de diviser en deux dimensions analytiques notre système familial. D'un côté, il y a une dimension qui se veut rationnelle puisqu'elle se base sur les prémisses d'une relation fondée sur la biologie et, de l'autre côté, il y a une dimension relationnelle (Franklin

⁴⁴Synonyme d'occidentale dans ce texte.

1999). Si l'on se réfère Schneider (1980), la définition euroaméricaine d'un parent est «quelqu'un qui est relié à soi par le sang ou par le mariage» –ou, si vous préférez, par la nature ou la loi. Notre cadre définit ainsi la parenté en référence simultanément à ses deux pôles et aucun des deux termes de cette polarité organisatrice ne se pense isolément : l'évocation de l'un entraîne nécessairement celle de l'autre. Chez la plupart d'entre nous, d'ailleurs, parenté sociale et parenté consanguine coexistent; ce qui consolide le modèle et son apparente *naturalité* (Ouellette 1998 : 158).

Au niveau de la dimension rationnelle, l'accent est mis sur les relations de sang. Ceux-ci sont formulés en termes biogénétiques puisque la génitrice et le géniteur, soit une femme et un homme, sont pensés comme fournissant substantiellement le même genre et la même proportion de matériel à l'enfant. L'identité biogénétique globale de l'enfant provient donc à 50% de sa mère et à 50% de son père. Un élément crucial est la relation sexuelle –qui est le symbole au terme duquel les membres d'une famille deviennent parents (Schneider 1980 : 31). La relation «de naissance» subséquente ne peut être rompue, peu importe la position légale, puisque rien ne peut réellement mettre fin ou changer une relation biologique qui existe entre deux personnes (Schneider 1980). En fait, dans cette pensée, c'est la contribution biogénétique qui fournirait la fondation aux liens et obligations sociaux. Autrement dit, on considère que les parents endosseraient leur rôle social et ressentiraient un lien d'attachement inconditionnel motivant leurs comportements puisqu'ils ont des connexions biologiques (Strathern 1999, Franklin 1999 et Chateauneuf 2011 : 360-362).

Pour ce qui est de la dimension relationnelle, la grande différence est que l'on peut mettre fin à cette relation puisqu'aucune entité matérielle ne lie ces parents. Cette relation ne dépend que de codes de conduite et est une question de consentement ; elle est volontairement entreprise et volontairement maintenue (Schneider 1980).

Ainsi, il y a deux mouvements opposés, mais complémentaires, qui caractérisent la parenté occidentale : la promotion des liens librement choisis (valorisation des liens affectifs) et la valorisation des connexions génétiques (Chateauneuf 2012 : 112). Toutefois, depuis l'étude de Schneider en 1980, la parenté occidentale a connu des transformations majeures :

1) le mariage, l'alliance, la filiation, la sexualité et la procréation ne se conjuguent plus, 2) la fécondité est à la baisse, 3) les couples connaissent une grande instabilité, 4) les arrangements familiaux alternatifs (homosexuel et monoparental entre autres) sont plus fréquents, 5) les femmes en couple sont présentes en grand nombre sur le marché du travail, 6) les unités de résidences sont individualisées, et 7) l'État a un rôle grandissant auprès des familles (Dandurand & Ouellette 1995 : 4 et Chateauneuf 2012 : 107). Ces nouvelles réalités ont donc clairement un impact sur la parentalité de nos jours –même s'il semble que les deux dimensions demeurent intouchées.

2.2.4 NTR et parenté

Cette section sert à démontrer que la littérature sur l'anthropologie de la parenté et les NTR abonde dans le sens que les principes de ces technologies novatrices viennent appuyer ceux concernant la parenté euroaméricaine. Ainsi, il semblerait que les *Nouvelles Technologies de Reproduction* ne viennent pas modifier si profondément nos assises conceptuelles. En fait, ce que l'on dénote avec la quête de parentalité via les NRT, c'est que la parenté est constamment réorganisée et remise en contexte, mais pas de façon aléatoire. Ces technologies, tout comme l'adoption et les nouvelles formes familiales, ajoutent de la complexité, mais toujours selon certains paramètres déjà existants dans la société où ils prennent place (Edwards 1999). Bref, nous innovons technologiquement, mais pas conceptuellement. Selon Charis Thompson, les NTR constituent un hybride culturel permettant aux nouvelles technologies de coévoluer avec les normes déjà existantes de genre et de parenté, tout en ajoutant un certain degré de flexibilité à la reproduction (Mentor 1997 : 75). Ce qui est intéressant ici, c'est que ces technologies nous offrent un potentiel d'étude inestimable : explorer ce que cela signifie d'être parent au 21^{ème} siècle au Québec.

Toutefois, l'apparition des NTR auraient tout de même occasionné des changements, soit quatre fracturations au niveau des concepts traditionnels: 1) relations sexuelles et reproduction ne concordent plus avec l'arrivée de la contraception; 2) grossesse et naissance ne vont plus de pair avec les techniques d'avortement; 3) conjugalité et procréation ne se

conjuguent plus nécessairement, ce qui est exprimé par la diminution des mariages et l'augmentation des divorces; et 4) fonctions reproductrices et sexualité peuvent être dissociées –ce qui est incarné par la FIV (Chateauneuf 2011 : 120 et Marantz Hening 2004: 6). Globalement, c'est la chaîne supposément inviolable des événements qui lient mariage, sexualité, conception, grossesse, parentalité et éducation qui s'est trouvée ébranlée (Chateauneuf 2011 : 76). Toutefois, un paradoxe subsiste : même si les NTR défient ces croyances, elles les renforcent (Shore 1992 : 296 et Strathern 1999). Ainsi, apparaît clairement la tension principale des études de la parenté occidentale: d'une part, une conception de la parenté fortement enracinée dans la reproduction biologique et revendiquant la prééminence de la génétique, et d'autre part, une conception de la parenté qui privilégie le choix, l'affectif et la force du lien social (Chateauneuf 2011 : 38, 79 et 232 et Stone 2004 : 332).

En fait, d'un certain point de vue, il est vrai que les NTR représentent une réaffirmation de l'importance de la parentalité et des liens biogénétiques (Ragoné 1994: 2). Les liens de sang sont en effet valorisés puisqu'un accouchement et/ou un engendrement par les parents sociaux sont possibles de façons qui, auparavant, ne l'étaient pas (Fine 1998 : 12). Toutefois, ces technologies ne viennent pas assoir une totale *biologisation* des liens parentaux. Ce qu'elles font est plutôt de renforcer le principe d'exclusivité, la liberté d'action parentale et les choix reproductifs (Strathern 2005 : 16). La thèse selon laquelle les nouveaux modes de reproduction traduiraient la valorisation du lien biologique ou encore la biologisation de la filiation n'est donc pas aussi vraie qu'elle semble puisqu'elle oblitère complètement le fait que la PMA introduit aussi la valorisation d'une parenté sociale (avec la donation de gamète ou les mères porteuses par exemple). Les NTR éclairent donc également le fait qu'il y a, et a toujours, eu un élément de choix nécessaire dans le degré auquel les liens de sang deviennent des relations sociales (Hayden 2004 : 378-381). Un lien de sang est vide de sens s'il n'est pas investi d'engagements, de présences et d'échanges (Franklin 2003 : 83). La parenté est donc avant tout un processus en construction plutôt qu'un fait donné.

Conclusion étant ici que même si la génétique est primordiale dans la formation d'un enfant, elle n'est rien dans la formation d'une relation avec un enfant (Mundy 2007 : 100).

Les NTR nous permettent aussi de voir que le respect de la connexion entre reproduction et apparemment génétique l'emporte sur celui de la connexion entre la relation sexuelle et reproduction. La différence entre l'enfant né d'une conception naturelle et celui né d'une FIV est réduite à néant; l'enfant dit naturel est avant tout celui qui est né suite à une grossesse et qui est issu des gamètes de ses parents, sans égard à son mode de conception (Chateaufort 2011 : 259 et 291). Dans la littérature⁴⁵, les couples expriment d'ailleurs la vision que la FIV est ultimement naturelle, même si elle représente une manière de concevoir extraordinaire, inhabituelle ou hautement technologique. Elle est naturelle parce que l'enfant produit appartient génétiquement et/ou gestationnellement aux parents sociaux et parce que la grossesse et la naissance sont des processus naturels comparables aux expériences des couples qui conçoivent sans aide (Sandelowski 1991 : 38). Essentiellement, la FIV fournit la «même» route vers la grossesse et la condition parentale que les couples fertiles expérimentent. Les nouvelles technologies reproductives apparaissent alors comme des méthodes non-traditionnelles pour en arriver à des fins traditionnelles.

2.3 L'infertilité c'est quoi

Dans cette section, nous allons discuter en long et en large de ce que signifie et implique le terme *infertilité*. Ceci est particulièrement important puisqu'il s'agit d'un concept complexe ayant de grandes implications et auquel toutes les participantes de l'étude se sont identifiées⁴⁶. En fait, l'infertilité a une panoplie de significations, mais presque tous les auteurs s'entendent pour dire que sa caractéristique principale est son ambiguïté. Elle connote un état médical et social qui affecte les personnes oscillantes entre l'incapacité et la capacité à se reproduire, entre la santé et la maladie ainsi qu'entre la normalité et la déviance selon leurs choix reproductifs, les circonstances sociales et les normes culturelles

⁴⁵ Anthropologique, sociologique et psychologique

⁴⁶ Ceci peut toutefois probablement être attribuable à la méthode de recrutement et au sujet du travail.

(Sandelowski 1993 : 10 et FQPN 2006 : 9). Communément, l'infertilité est définie comme l'incapacité à concevoir un enfant ou à mener une grossesse jusqu'à son terme après un an de relations sexuelles régulières, sans contraception et avec le même partenaire (site web d'Ovo). La définition classique laisse, par ailleurs, planer l'idée que ce concept est somme toute simple à définir. Toutefois, il s'agit d'un concept multidimensionnel dont la définition est loin de faire l'unanimité dans le milieu scientifique. Nous aborderons ici divers aspects de ce concept, soit : l'importance du désir, l'impact des délais fixés, le non-sens étymologique du mot, la difficulté à saisir son ampleur statistique et l'ambiguïté de son aspect individuel/relationnel.

Même s'il n'existe aucune période dans l'histoire de l'être humain où les problèmes à concevoir et le désir d'enfant n'aient été présents sous des formes variées, l'infertilité, elle, est une condition qui a commencé à être grandement publicisée dans les années 1980 (Chateauneuf 2011b : 15). On explique l'ampleur qu'a prise le phénomène par le fait que, dès 1980, les contraceptifs oraux ont envahi le marché et que l'avortement ait été rendu plus accessible. Le contrôle reproductif engendré par ses deux phénomènes aurait, dès lors, créé le désir d'enfant. Plus clairement, lorsque l'on considère que l'on détient un droit et un contrôle sur son corps en prenant des contraceptifs et en avortant lorsqu'on ne désire pas cet enfant dans ces circonstances, on crée *de facto* le désir d'enfant. Et cet enfant du désir, lorsque l'on n'est pas capable de l'obtenir, on débute une quête. C'est ce qui explique, de façon sommaire, l'augmentation du phénomène d'infertilité, que certains qualifient d'épidémique (Lafontaine 2014). Le fait que le concept d'infertilité a progressivement (mais non totalement) remplacé celui de stérilité contribue également à l'équation. Cette substitution conceptuelle s'explique par le fait qu'au fur et à mesure que s'est développée la médecine reproductive, la stérilité –considérée comme un état irrémédiable– a cédé sa place à l'infertilité, laquelle ne réfère plus à l'impossibilité de concevoir un enfant, mais plutôt à une difficulté à concevoir celui-ci dans les délais fixés par le couple et valorisés par la société (Chateauneuf 2011 : 164). Malgré le non-sens linguistique (puisque le préfixe «in» veut dire «non», «absence de»), le terme infertilité est de plus en plus répandu et sous-entend

davantage *fertilité moindre* (Rochon 1986 : 30-32). La définition prend également en compte la possibilité pour la science d'agir afin de modifier cette condition.

Au Québec, l'infertilité est considérée comme un problème de nature médicale (FMSQ 2013 : 4) qui peut être diagnostiquée. L'aspect diagnostic renvoie à l'existence d'un handicap physique affligeant un individu et devant/pouvant être soigné. Toutefois, le plus souvent on parle de couple infertile –ce qui renvoie à un projet de vie qui est tenu en échec (Cleveland 1990 : x). Même si le terme «couple FIV» dénie linguistiquement l'autonomie individuelle des femmes en conférant à leur partenaire masculin une équivalence dans le traitement, il est plus souvent appliqué parce que l'infertilité est généralement attribuée au couple –une unité de plus d'un– puisqu'avoir un enfant requiert pour le moment un mâle et une femelle, ou à tout le moins leur gamète (Sandelowski 1993 : 11).

Le facteur *délais* est central au concept d'*infertilité*. En fait, la *Fédération du Québec pour la Planification des Naissances* (FQPN) considère que la programmation de l'enfantement dans de courts délais contribue significativement à l'augmentation des diagnostics d'infertilité (Chateauneuf 2011 : 6-8). Selon eux, 84% des couples de moins de 40 ans arrivent à concevoir après un an et 92% après deux ans sans aide médical (FQPN 2006 : 10). La clinique OriginElle corrobore plus ou moins ces chiffres puisqu'elle base son évaluation sur les membres d'un couple âgés de 25 ans. La clinique évalue qu'un couple aurait 25% de chances d'obtenir une grossesse mensuellement, cumulant environ 70% après 6 mois, 85% sur 12 mois et 95% sur 24 mois. Le slogan largement publicisé de *15% des couples est infertile* (ou le 1 couple sur 6), est donc sujet à interprétation puisque si l'on augmente le délai à deux ans dans la définition commune, seulement 5 à 8% des couples entreraient dans la catégorie *infertile*. Rochon (1986) dans son étude met de l'avant qu'il faut également prendre en compte la méthode contraceptive employée par une femme pour évaluer le délai de conception qu'elle risque de rencontrer. Ainsi, selon lui, après un an d'attente, le pourcentage de femmes n'ayant pas encore conçu serait de 24.8%, 12.4%, 8.5% et 11.9% pour les ex-utilisatrices d'anovulants, du stérilet, du diaphragme ou d'autres méthodes. D'ailleurs, selon cet auteur (1986), que ce soit dans les populations anciennes

connaissant un régime de fécondité dite «naturelle» ou dans les populations contemporaines, le pourcentage de femmes sans enfant après 2 ans se ressemble (Rochon 1986 : 32-37). Dire que l'infertilité est un phénomène en hausse n'est donc pas véridique. En fait, le taux d'infertilité demeure similairement le même depuis près d'un siècle (variant de 10 à 20% selon les auteurs) et, au Canada, on estime qu'un couple sur douze est infertile et ce chiffre n'a pas augmenté depuis longtemps. Il demeure que les chiffres sont toujours contestés, par exemple est-ce qu'une femme de 43 ans qui essaie d'avoir un enfant doit être considérée comme ayant un problème d'infertilité et être comptabilisée dans les statistiques? La seule chose qui est certaine, c'est que la demande a explosé dans les cliniques de procréation assistée. L'augmentation du nombre de visites s'explique par le fait qu'on décrit l'infertilité comme un problème d'ampleur épidémique, ce qui engendre un contexte social dans lequel les gens anticipent et ont peur d'être infertile (Sandelowski 1993 : 7-10, Journal Métro : 2012, Burfoot 1999 : 59 et FQPN 2006 : 8).

Ce serait la définition normalisée de l'infertilité qui renforcerait la tendance à la réification de l'infertilité, ainsi que la tendance à supposer qu'un individu est soit fertile soit infertile. En réalité, chacun se situe sur un continuum lorsque l'ensemble des facteurs d'un individu est pris en compte et, la plupart du temps, cela n'est qu'une question de temps (Cleveland 1990 : xi). La capacité biologique de donner naissance à des enfants résulte, en partie, de la fécondabilité (probabilité de concevoir au cours d'un cycle menstruel) qui varie d'une personne à l'autre et qui se traduit par des délais de conception différents. De plus, la fécondabilité reflète en partie des comportements tels que : la fréquence des rapports sexuels et le moment où ils se situent dans le cycle menstruel (Rochon 1986 : 29). Dès lors, le choix de désigner un couple ou un individu comme infertile après l'écoulement d'un délai précis et appliqué universellement dénote une option sociale d'une culture qui valorise ce qui est concret et visible rapidement (Sandelowski 1993 : 252 et Cleveland 1990 : xii).

Le facteur *désir* est tout autant central dans la définition de l'infertilité et cela indépendamment du temps écoulé et/ou du nombre d'enfant(s) déjà conçu(s) puisque si l'on ne veut pas avoir d'enfant, alors on ne se considère pas comme étant infertile (Gerrits 2002 :

235 et Sandelowski 1993 : 19). Médicalement parlant, on semble assumer que soit les femmes tentent de tomber enceinte soit elles tentent de ne pas tomber enceinte, de par l'utilisation ou la non-utilisation qu'elles font des contraceptifs (Greil and McQuillan 2010 : 141). L'étude de Greil and McQuillan (2010) est pertinente sur le sujet puisqu'ils ont porté attention aux femmes qui rencontraient la définition commune d'infertilité, mais qui n'essayaient pas de concevoir. Ils ont ainsi révélé l'importance du critère d'intention sur les impacts identitaires, expérimentaux et comportementaux de l'infertilité (Greil and McQuillan 2010 : 146). En sortant de la définition biomédicale, il est possible de questionner le critère d'intentionnalité et de voir qu'en fait de nombreuses femmes sont inconfortables avec l'idée de classer leurs grossesses comme étant planifiées ou non-planifiées (Greil & McQuillan 2010 et Greil, Johnson, McQuillan & Lacy 2011). Néanmoins, en dépit du fait que cet aspect est extrêmement pertinent, mentionnons ici que la présente étude se base sur la définition biomédicale en se focalisant sur les couples cherchant de l'aide. En fait, il aurait été difficile de comprendre les enjeux sociaux et personnels des personnes infertiles en quête de parentalité si ces personnes ne désirent pas devenir parents!

2.3.1 Les causes associées

Voyons maintenant les causes associées à l'infertilité. Pour commencer, ce qu'il faut comprendre c'est que l'infertilité occupe une place marginale dans la taxonomie des maladies. On peut la définir comme : (a) elle-même une maladie, (b) une cause d'une maladie, (c) une conséquence, un symptôme ou une manifestation d'une maladie ou (d) une condition élective impliquant l'échec à atteindre un but culturellement prescrit ou à satisfaire un désir personnel. L'infertilité est un problème clinique dans lequel son existence est typiquement inférée à partir de la non-occurrence continue d'un événement –l'atteinte et maintien d'une grossesse viable– plutôt qu'à partir d'un quelconque symptôme interférant dans le fonctionnement de la vie quotidienne ou menaçant le bien-être physique d'un individu. C'est une condition, qui même sans traitement, est la plupart du temps compatible avec une bonne santé (Sandelowski 1993 : 11-18 et 55). Selon la clinique de fertilité Ovo, 30% des causes de l'infertilité sont d'origine masculine, 30% d'origine féminine, 30%

d'origine mixte et, pour finir, 10% sont des causes que la profession médicale ne peut pas expliquer.

Commençons par les causes que les cliniques de fertilité associent à l'infertilité masculine. Selon eux, les «*causes de l'infertilité masculine sont très nombreuses et pas toujours faciles à identifier*» (site web de Procréa). L'infécondité pourrait découler d'un obstacle sur les voies génitales masculines (particulièrement du canal déférent), d'une lésion, d'une varicocèle⁴⁷, de l'azoospermie (absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat) ou de l'oligo-asthéo-téatospermies (insuffisance de nombre de spermatozoïdes, de leur motilité et anomalie de leur forme) (Mullen 1999 : 247, le site web de la clinique OriginElle et le site web de Procréa). Le stress, l'alcoolisme, le tabagisme et la chimiothérapie/radiothérapie seraient aussi des causes puisqu'ils nuiraient à la production et à l'assemblage chromosomique des spermatozoïdes (site web d'OriginElle). L'âge, qui est un facteur souvent négligé pour l'homme, est aussi associée à l'infertilité puisque le vieillissement est associé la multiplication des défauts dans le nombre et la qualité des spermatozoïdes (Forget 2012 : 49).

Nonobstant, l'homme a un avantage indéniable sur la femme : ses gamètes ont une habilité incroyable à rebondir puisque tous les 16 jours, une nouvelle cohorte de spermatozoïdes débute et qu'au bout de 64 jours ce sperme est disponible. Par exemple, une étude a démontré que les hommes travaillant à l'extérieur sont moins fertiles en été, à cause de la chaleur, qu'en hivers (Mundy 2007 : 68). On considère cependant les hommes sont subfertiles comparés aux autres mammifères puisqu'ils ont le pire sperme, exception faite des gorilles, de tout le règne animal (voir Annexe V). La théorie est que les femmes induiraient chez les hommes une fausse sécurité qui va de pair avec la monogamie. La tendance des femmes à être fidèles, du moins sur un court laps de temps, permet aux hommes de se reposer sur leurs lauriers et de ne pas dépenser trop d'énergie dans la production de sperme. Les hommes peuvent donc s'en tirer avec moins de sperme puisqu'il

⁴⁷ Veines exerçant une pression sur le scrotum de l'homme et augmentant la circulation sanguine autour des testicules, causant dès lors la surchauffe et le décès des spermatozoïdes (Carrell and Urry 1990 : 176).

est rare que le sperme humain entre en compétition avec celui d'un autre homme, comme c'est le cas par exemple chez les chimpanzés où la compétition séminale est importante. Combinée aux études récentes qui ont démontré que le nombre de spermatozoïdes décline de 1% tous les ans, passant de 113 millions par millilitre en 1938 à 66 millions par millilitre en 1990, cette sous-production humaine est inquiétante. Plusieurs scientifiques suspectent que les produits chimiques perturbent le développement des organes reproducteurs masculins et que cela induirait cette diminution. On considère présentement qu'un compte de moins de 20 millions par millilitre est associé à une sous-fertilité masculine et il est à craindre qu'avec le temps cette quantité risque de devenir la norme (Mundy 2007 : 42 et 64-69).

Voyons maintenant les causes de l'infertilité féminine. Elles sont ardues à établir en raison de la complexité des organes reproducteurs féminins. Toutefois, le syndrome de Turner, une rature majeure sur le chromosome X, une chirurgie pelvienne et la ménopause sont des causes établissant clairement une difficulté à concevoir. Les spécialistes associent également à l'infertilité féminine : 1) les adhérences utérines ou le syndrome d'Asherman; 2) l'anovulation –soit lorsque les ovaires d'une femme ne se développent pas et ne libèrent pas d'ovules; 3) les anomalies de l'utérus comme les fibromes utérins, les polypes⁴⁸, les adhérences et les tissus cicatriciels qui peuvent toutes interférer avec la fécondation de l'ovule ou le développement de l'embryon; 4) les malformations de l'utérus, tels que : un septum utérin, un utérus en forme de cœur, une absence totale ou partielle de l'utérus, un utérus unicorné ou un utérus double; 5) certaines causes génétiques; 6) un déséquilibre hormonal puisque le processus d'ovulation et d'implantation d'un ovule fécondé dépend d'un équilibre complexe des hormones et de leurs interactions les unes avec les autres; 7) l'endométriose, qui est une infection lors de laquelle le tissu qui tapisse normalement l'intérieur de l'utérus, appelé l'endomètre, se trouve en dehors de l'utérus; 8) les grossesses ectopiques et les fausses couches récurrentes; définie comme trois grossesses confirmées et

⁴⁸ Des polypes sont des masses ou des lésions.

perdus avant les 20 premières semaines⁴⁹; 9) les répercussions d'une inflammation pelvienne; 10) un blocage tubaire; 11) le stress puisque celui-ci nuit à l'ovulation; 12) la chimiothérapie et la radiothérapie; 13) fumer et consommer abusivement de l'alcool; et 14) le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), qui est un déséquilibre hormonal grave faisant en sorte que les ovules n'arrivent jamais à maturité, rétrécissent et se transforment en kystes. Une cause souvent mentionnée est aussi l'âge de la femme (Chateauneuf 2011 : 9-10, Koval and Scutt 1990 : 42, Mundy 2007 : 40, site web d'OriginElle et site web de la clinique Ovo).

Sur le sujet du repoussement parental, Statistique Canada rapporte que l'âge moyen de la mère à l'accouchement au Québec est passé de 27,7 ans en 1991 à 29,6 ans en 2011, en ce qui a trait au premier enfant. D'ailleurs, en 2010 plus de 50% de toutes les naissances au Canada étaient issues de femmes âgées de plus de 30 ans; elles n'étaient que de 20% en 1974. Ce phénomène s'explique par le fait que, de nos jours, on croit qu'avoir un enfant implique une démarche de choix et de planification (Chateauneuf 2011 : 66-67). La période de concrétisation du désir d'enfant est marquée par autant de facteurs sociaux, biographiques et biologiques (Charton 2009 :10 dans Chateauneuf 2011). C'est pour cela que beaucoup de femmes désirent attendre à la trentaine avant d'avoir des enfants. Or, pour les femmes cela a un impact plus grand. Les chances pour une femme d'avoir un enfant tardivement sont beaucoup moins favorables puisque leur fertilité est reconnue pour diminuer avec l'âge. Selon la théorie scientifique la plus acceptée, une femme naît avec tous ces ovocytes. À 20 semaines de gestation, un fœtus féminin a entre 6 et 7 millions d'ovocytes dans ses ovaires. Un nombre massif est ensuite perdu lors de la naissance et seulement 1 et 2 millions demeurent, toutefois seulement 400-500 se développeront et seront «relâchés» durant sa vie. De plus, plus une femme vieillit, plus ses ovocytes sont âgés et moins ils fonctionnent correctement. On estime que la fertilité maximum d'une femme est atteinte lorsque celle-ci a 24 ans (Mundy 2007 : 40 et Koval and Scutt 1990 : 35-40). À 29 ans, une légère baisse de

⁴⁹ Même si environ 25 % de toutes les grossesses aboutissent à une fausse couche, moins de 5 % des femmes connaîtront deux fausses couches consécutives, et seulement 1 à 2 % vivront trois fausses couches ou plus de suite (site web d'OriginElle).

l'infertilité est notée pour ensuite s'accélérer drastiquement à 37 ans. On estime qu'à 30 ans, une femme a 22% de tomber enceinte naturellement durant un cycle menstruel si son partenaire est fertile. Les probabilités diminuent à 18% à 35 ans, 5% à 40 ans et 1% à 45 ans. Certains scientifiques y voient un legs de l'évolution puisqu'élever un enfant requiert tellement d'énergie; une mère a donc intérêt à cesser d'avoir de nouveaux poupons passé un certain âge. Ainsi, les ovaires seraient programmés pour relâcher des ovules moins fécondables avec le temps (Forget 2012 : 36).

De surcroît, l'infertilité étant multifactorielle, de nombreuses causes créant des difficultés à concevoir peuvent être associées aux hommes tout comme aux femmes, par exemple : une mauvaise hygiène, des déficiences nutritionnelles (obésité extrême ou bien minceur extrême), des maladies endémiques, des maladies psychiatriques ou mentales, une détresse émotionnelle et/ou psychologique, l'exposition au diéthylstilbestrol (DES) in utérin⁵⁰, certaines expositions environnementales à des agents nocifs créés par l'industrialisation, l'utilisation de pesticides et les tests d'armement et, pour finir, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Dans plusieurs pays, on considère d'ailleurs que les ITSS sont les principales causes de stérilité, la gonorrhée et la chlamydia surtout (FQPN 2006 : 15; Carrell and Urry 1990 : 172-174; Mullen 1999 : 247; Mundy 2007 : 28; Sandelowski 1993 : 13-22; Koval and Scutt 1990 : 41-46 et Sundby 2002 : 257).

On retrouve donc des explications génétiques, développementales, constitutionnelles, environnementales, immunologiques, psychosomatiques, relationnelles (le couple), sociales (exemple des couples homosexuels) et endocrines à l'infertilité et celles-ci peuvent opérer seules ou combinées.

⁵⁰ Le DES est une forme d'œstrogène synthétique largement prescrite dans les années 1950-60 par les docteurs qui croyaient, à tort, que cela prévenait les fausses couches (Mundy 2007 : 28). Cette drogue augmente le risque de cancer du sein, est liée à un type de cancer vaginal très rare et provoque un changement bénin dans le tractus génital des fils et des filles ce qui peut mener à des problèmes de fertilité (Hoen 1999 : 105-106).

2.3.2 Comment fabrique-t-on des bébés?

Dans cette section, nous débuterons par une brève description du processus de reproduction naturelle puisque les procédures en clinique se calquent sur ce processus. Ensuite, nous aborderons les traitements suggérés par plusieurs cliniques de fertilité au Québec et les étapes qu'un couple suivra. Cette section ouvrira la voie à la section traitant du vécu en clinique de fertilité et aidera à mieux comprendre la réalité des couples infertiles qui se rendent en clinique. Vous verrez qu'aller en clinique et y comprendre les dédales n'est pas chose simple.

Biologiquement, la fertilisation est un processus physiologique qui commence lorsque le sperme entre dans l'utérus. Toutefois, cela doit se faire au moment opportun du cycle menstruel d'une femme. Lors d'un cycle menstruel normal, une hormone appelée folliculo-stimulante (FSH) est sécrétée par l'hypophyse. Cette hormone stimule les follicules pour qu'ils se développent et libèrent un ovule par mois. L'hormone complémentaire qui déclenche l'ovulation est l'hormone lutéinisante (LH) (site web de la clinique OriginElle). L'ovulation se déroule autour du 14^{ème} jour d'un cycle menstruel⁵¹. C'est à ce moment que le sperme doit entrer dans le vagin et où il doit d'abord traverser une barrière visqueuse, pour ensuite se rendre dans l'utérus et dans les trompes de Fallope; c'est un passage difficile durant lequel le sperme se développe et subit le processus de capacitation –ce qui signifie qu'il acquiert la capacité à traverser la zone pellucide de l'ovule. Le sperme sait où aller puisqu'il suit le chemin chimique que les fluides des follicules ont créé. Lorsque le spermatozoïde gagnant transperce l'ovule, une réaction se déclenche et une explosion de calcium relâche des enzymes causant le durcissement de la membrane de l'ovule et prévenant l'intrusion d'un autre spermatozoïde. Cette réaction est importante puisque si, par malchance, deux spermatozoïdes entrent dans un ovule, le zygote en résultant aura des extra chromosomes, sera anormal et s'avortera de lui-même en quelques jours (Marantz Hening 2004: 34). Le spermatozoïde vainqueur provoque ensuite le développement du processus de méiose de l'ovule, dont la moitié de ses chromosomes se jumèlera avec ceux du

⁵¹ Le jour 1 d'un cycle menstruel étant celui où débute les menstruations –soit les saignements abondants.

spermatozoïde, lors du processus de syngamie, et dont l'autre moitié sera expulsée de l'ovule et se désintègrera. Voilà pour la notion de biologie 101.

Mais quand décide-t-on de consulter en clinique de fertilité? Et bien les cliniques suggèrent de consulter lorsqu'une femme, qui essaie de concevoir, a des menstruations irrégulières ou inexistantes, des antécédents d'infections pelviennes, d'ITSS, de péritonite ou d'une chirurgie abdominale, qu'elle a des douleurs intenses lors de ses menstruations et qu'elle a fait plus d'une fausse couche. De plus, si un homme a subi une chirurgie testiculaire, a été blessé aux testicules, a des antécédents d'infection infantile (telle que les oreillons) et a des problèmes sexuels tels que l'éjaculation précoce et/ou des problèmes d'érection il faut penser à consulter. Beaucoup de couples, qui connaissent la fameuse définition médicale d'infertilité, consulteront également après plus ou moins 1 an d'essais infructueux.

Au début, le but des cliniques de fertilités est de trouver pourquoi le couple n'arrive pas concevoir un enfant. Au premier rendez-vous, il est donc important que le couple apporte une copie de leur dossier médical contenant les résultats des divers tests et analyses qu'ils ont pu faire durant les derniers précédents. Lors du rendez-vous, un gynécologue leur posera une série de questions du genre : *«depuis combien de temps essayez-vous d'avoir des enfants»*; *«avez-vous déjà consulté»*; *«quelle est la fréquence de vos rapports sexuels»*; *«est-ce que madame a des menstruations régulières»*; *«est-ce que monsieur a des problèmes potentiels ou visibles sur ses organes génitaux»*; *«quel est respectivement votre poids, âge, taille et travail»*, etc. Suite à ces réponses, le médecin fera certaines recommandations et prescrira certains tests diagnostiques. Une infirmière est souvent mise à la disposition du couple par la suite pour réviser avec eux et leur expliquer les étapes proposées (Cussins 1998 et site web d'Ovo). Un bilan préconceptionnel est, somme toute, le point de départ s'il n'a pas déjà été fait.

L'homme qui débute passera avant tout un spermogramme, qui nécessite, au préalable, une abstinence sexuelle de 2 à 3 jours –ni plus ni moins puisque cela peut nuire à l'interprétation du test. Le recueil du sperme nécessaire au test est obtenu généralement par masturbation –une stimulation électrique ou des procédures d'extraction (MESA, PESA, TESA

et TESE⁵²) sont également disponibles selon le cas. Ce test constitue la base pour l'homme puisque les troubles reproductifs sont, le plus souvent, liés au sperme. On effectue donc diverses vérifications de celui-ci pour évaluer sa «qualité». On vérifie : son volume, sa viscosité, son agglutination, s'il y a présence de globules blancs, la motilité de ses spermatozoïdes, le nombre des spermatozoïdes (numération et concentration), leur viabilité, leur morphologie, leur capacité de se déplacer vers l'avant (progression) et leur sensibilité à l'hypo-osmolarité (voir l'annexe VI). Seule ou en combinaison, l'analyse de ces résultats prédit le potentiel de la fertilité masculine (Carrell and Urry 1990 : 172-174, site web de Procréa, d'Ovo et d'OriginElle). Si le spermogramme produit des résultats anormaux, on fera des tests sanguins pour voir les taux d'hormones de: l'hormone FSH (qui stimule la spermatogénèse⁵³), la LH, la testostérone (qui stimule le développement des caractères sexuels masculins), la prolactine et l'estradiol. Les tests sanguins servent également à évaluer les anomalies génétiques ou chromosomiques, le caryotype sanguin, les microdélétions du chromosome Y et si l'homme a contracté une ou des *Infections Transmises Sexuellement ou par le Sang* (ITSS). Des tests visant à établir si des spermatozoïdes sont présents dans les urines, des échographies et une biopsie testiculaire peuvent également être recommandés. Une visite chez l'urologue pour que celui-ci évalue la taille de ses testicules, son scrotum et son rectum afin d'évaluer sa prostate et ses vésicules séminales fait aussi partie du bilan masculin (site web d'OriginElle et Fertily).

La batterie de tests que passera la femme comporte, elle, beaucoup plus de tests, qui sont parfois douloureux. En fait, le corps de la femme deviendra plus ou moins un objet d'étude *in situ* puisque ce sont surtout elles qui sont le centre de l'investigation. Elle fera plusieurs tests sanguins à différents stades de son cycle menstruel afin de déterminer son groupe sanguin, son groupe Rh, sa formule sanguine complète (FSC), ses anticorps à certaines maladies comme la Rubéole, si elle est porteuse d'ITSS, ses niveaux d'hormones (FSH, LH, la prolactine, thyrostimuline (TSH), oestradiol, anti-mullerian (AMH) et ses niveaux d'inhibine B) (site web de la clinique Fertily). On s'assurera aussi qu'elle ne produit pas

⁵² Voir le glossaire.

⁵³ Le développement et la production des spermatozoïdes.

d'anticorps anti-spermatozoïdes et que ses mucosités vaginales ont la bonne consistance et le bon pH (Koval and Scutt 1990 : 35-37). On vérifiera également que son cycle menstruel soit régulier –variant entre 21 et 35 jours. Pour calculer cela, une femme peut indiquer sur une charte sa courbe de température basale. L'organisme Serena Québec donne d'ailleurs des ateliers gratuits sur le sujet. Toutefois, elle aura aussi à passer plusieurs échographies jumelées à des tests sanguins pour évaluer le moment de son ovulation –soit lorsque le diamètre moyen du follicule atteint entre 16-24 mm (site web de la clinique OriginElle). Un test concernant sa réserve ovarienne sera peut-être nécessaire afin d'évaluer la quantité d'ovules encore disponibles dans ses ovaires. Une des façons d'évaluer cela est de lui faire une prise de sang pour évaluer ses taux d'hormones qui sont produits par sa glande hypophyse le jour 2, 3 ou 4 de son cycle menstruel. Jumelé aux prises de sang, une échographie endovaginale sera faite pour évaluer le décompte des follicules antraux. La présence de 5 à 8 follicules dans chaque ovaire indique des conditions favorables pour concevoir et plus de 12 indiquent la possibilité d'ovaires polykystiques (SOPK) (site web du Centre de Fertilité de Montréal et d'Ovo). Une vérification de la perméabilité de ses trompes et de sa cavité utérine est aussi important puisque si les trompes de Fallope sont obstruées, il est peu probable que les spermatozoïdes arrivent à atteindre l'ovule et si la cavité utérine est anormale, l'implantation d'un embryon sera plus difficile (site web du Centre de Fertilité de Montréal et d'Ovo). Pour vérifier que son milieu utérin est propice à la conception, on lui fera passer une hystérosalpingographie ou une sonohystérogographie (Sono-HSG). Ces tests consistent à injecter une solution dans l'utérus entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour du cycle menstruel ⁵⁴(site web d'OriginElle et d'Ovo). Puisque ces tests sont inconfortables pour plusieurs femmes et comportent des risques d'infection pelvienne; les médecins recommandent souvent de prendre de l'ibuprofène avant ceux-ci et prescrivent parfois des antibiotiques la veille de l'examen (site web du Centre de Fertilité de Montréal et d'Ovo). Une procédure chirurgicale plus lourde, mais que plusieurs femmes passent tout de même, est l'hystérocopie. Celle-ci consiste en l'insertion de caméra dans l'utérus par le col afin de diagnostiquer plus précisément certaines anomalies et les traiter. La laparoscopie est

⁵⁴ Soit après les saignements, mais avant l'ovulation.

également encore pratiquée et se fait via deux à cinq incisions dans l'abdomen afin d'accéder à la région pelvienne et traiter l'endométriose, les adhérences, les polypes et le blocage des tubes. Un test de la thyroïde est aussi souvent fait afin d'évaluer le taux de la thyroïdostimuline (TSH) et des anticorps de la glande thyroïde (site web d'OriginElle). En vertu de tous les tests à passer, une femme est mieux d'avoir son agenda bien à jour et être prête à aller à de nombreux rendez-vous médicaux.

Dès que les tests sont complétés, un médecin rencontre à nouveau le couple pour discuter des résultats de leurs examens (site web d'Ovo). Si rien n'a été trouvé chez l'homme et la femme, des tests plus poussés seront faits, tels que le test de fragmentation et de condensation de l'ADN spermatique –visant à voir si l'ADN des spermatozoïdes est endommagé (Miron 2014). À l'Annexe VII, vous verrez d'ailleurs un tableau créé par Procréa sur les tests que passent un couple. Une fois tous les tests passés, un protocole est établi en fonction du diagnostic.

La plupart du temps, la première procédure qu'un couple –la femme surtout– suivra sera l'induction de l'ovulation et le suivi des rapports sexuels programmés. De plus, un spécialiste monitorera l'ovulation à l'aide de l'échographie afin de déterminer le moment optimal pour avoir des rapports sexuels. Si cela ne fonctionne pas, une insémination artificielle sera l'étape suivante. Celle-ci consiste à introduire artificiellement le sperme directement dans la cavité utérine de la femme à l'aide d'un cathéter de plastique souple. Cette procédure permet d'amener les spermatozoïdes plus près des trompes de Fallope où se produit la fécondation, augmentant ainsi les chances de grossesse (site web de la clinique Ovo, Sandelowski 1993 : 101 et Mundy 2007 : 24-25). Si jamais l'induction et l'insémination ne fonctionnent pas, un couple se verra proposer la fécondation *in vitro*. Nous verrons donc les étapes que le couple devra suivre durant cette procédure somme toute complexe.

Premièrement, le médecin doit obtenir les gamètes des deux membres du couple, soit le sperme et l'ovule. Pour ce qui est du sperme, la technique est assez rudimentaire et requiert une exécution manuelle de la part de l'homme qui recueille ses fluides dans un flacon stérile –une stimulation électrique ou des procédures d'extraction sont offertes si

l'exécution manuelle n'est pas une option. Pour la femme, cela est plus complexe. Souvent, elle est mise sous hyperstimulation ovarienne contrôlée (HOC) afin d'obtenir un nombre optimal d'ovules matures et de pouvoir sélectionner les plus sains/viables pour la fécondation en laboratoire. Ainsi, certaines médications sont administrées avec différentes stratégies –appelées protocoles. On doit d'abord supprimer la fonction ovarienne de la femme avec des contraceptifs oraux et/ou un médicament qui inhibe l'hypophyse. Le but est de remplacer son cycle naturel par un cycle artificiel afin que le médecin puisse contrôler toutes les étapes et prévenir la formation de kystes ovariens. Lorsque la suppression ovarienne est obtenue –soit lorsque le taux d'oestradiol est assez bas– on peut la mettre sur stimulation ovarienne. Ce processus dure entre 2 et 5 semaines. Souvent, on lui donne du citrate de clomifène (marques commerciales : Clomid® ou Serophen®), qui est assez doux et administré en pilule durant les 5 premiers jours du cycle. On peut aussi lui prescrire de la gonadotrophine, soit l'hormone folliculostimulante ou l'hormone lutéinisante (marques commerciales: Gonal-F®, Puregon®, Repronex®, Menopur® ou Bravelle®)⁵⁵, qui est plus puissante et s'injecte dans l'abdomen. On lui prescrit aussi sous forme d'injection un antagoniste de la GnRH et/ou un agoniste de la GnRH^{56&57} afin de contrôler l'hormone lutéinisantes (marque commerciale : Suprefact®). Pour finir, lorsque les follicules sont suffisamment gros et que les niveaux hormonaux sont adéquats (ce que l'on évalue avec une échographie endovaginale aux deux jours), on lui prescrit de l'hCG⁵⁸ qui provoque l'ovulation et la maturation finale des ovules matures. Ce produit se prend sous forme d'injection sous-cutanée 35 heures avant le prélèvement des ovules (site web de la clinique OriginElle, site web de Procréa, site web d'Ovo, Forget 2012 : 40-41 et Gore-Langton and Daniel 1999 : 212).

Toutefois, il est important de savoir que cette étape n'est pas nécessaire pour certains couples puisque des fécondations *in vitro* naturelles (FIVn) sont disponibles dans beaucoup

⁵⁵ Effets secondaires : inflammation au point d'injection, sautes d'humeur, sensibilité des seins, ballonnement, maux de tête, des risques de grossesse multiple (25% plus de chance) et le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) (voir le texte Lamazou et al. 2011).

⁵⁶ Voir l'article de Frydman 2005 pour comprendre le fonctionnement et l'utilité de ses drogues.

⁵⁷ Effets secondaires : sautes d'humeur, fatigue, douleurs musculaires, bouffées et chaleur ou maux de tête.

⁵⁸ Effets secondaires : inflammation au point d'injection et crampes

de cliniques. Cette forme de FIV est moins invasive et se base sur le cycle ovulatoire naturel de la femme. Néanmoins, lorsqu'ils décident d'entrer dans les processus de FIV, peu de patients choisissent le cycle naturel. Le praticien ne le recommande pas souvent, de toute façon, puisque traiter une superovulation est le protocole par défaut. Sous un cycle naturel, beaucoup de cycles doivent être annulés puisque la patiente ovule spontanément. De plus, le seul ovule est souvent perdu lors de la collecte ou ne fertilise pas (Cussins 1998).

Deuxièmement, il faut prélever les ovules matures qui ont été relâchés. Ce retrait se fait via l'aspiration de ses follicules ovariens avec une aiguille que l'on dirige via une échographie –étape nommée ponction ou prélèvement d'ovules (OPU)⁵⁹. Durant celle-ci, des analgésiques sont mis dans le vagin et des sédatifs sont donnés par intraveineuse, en plus des analgésiques⁶⁰ à intervalles réguliers, afin que la femme soit sous sédation consciente. Cette opération prend entre 20-30 minutes. Le nombre d'ovules qu'une femme produira dépend du dosage et de la durée de son protocole (court ou long), mais on évalue qu'une quinzaine d'ovules est l'idéal –en deçà le nombre d'embryons potentiels que l'on pourra créer en laboratoire n'est pas optimal et au-dessous la qualité des ovules tend à décliner et les risques d'effets secondaires associés à la prise d'hormones sont plus élevés (Forget 2012 : 43, site web de la clinique OriginElle et de la clinique Ovo).

Troisièmement, on fertilise en laboratoire les ovules avec le sperme. On commence par nettoyer et séparer les ovules du liquide folliculaire, puis on place tous les ovules matures dans des boîtes de Pétri contenant des milieux gélosés riches en nutriments nécessaires à la croissance. Si les spermatozoïdes semblent en bonne santé et normaux, un échantillon d'environ 100 000 spermatozoïdes –recueillis le même jour– sera ajouté à chaque boîte d'ovules. L'ICSI sera la méthode de premier recours de fécondation si la performance des spermatozoïdes n'est pas optimale ou si d'autres circonstances l'exigent. Les boîtes sont ensuite placées dans des incubateurs où l'obscurité est totale et où la température est à 37°C

⁵⁹ Effets secondaires : saignements et crampes

⁶⁰ Le plus souvent de l'indométacine, du fentanyl ou de l'atropine.

(soit l'imitation du milieu utérin) toute une nuit pour la fécondation (site web de la clinique OriginElle et de la clinique Ovo).

En attendant le transfert, la femme débutera une hormonothérapie pour préparer son utérus à l'implantation de l'embryon après la fécondation. On lui prescrira : 1) des œstrogènes oraux⁶¹ pour contribuer au développement et supporter l'endomètre durant tout le premier trimestre de grossesse; 2) de la progestérone⁶² via suppositoires vaginaux ou injections intramusculaires, durant tout le premier trimestre de la grossesse, afin de supporter son endomètre; 3) du medrol, qui est un stéroïde, par voie orale peu avant le transfert d'embryon(s) afin de favoriser l'implantation⁶³; et 4) de la doxycycline, un antibiotique, par voie orale après le prélèvement et avant le transfert afin de prévenir une possible infection et contribuer au développement d'un environnement utérin propice à l'implantation (site web de la clinique OriginElle et Procréa).

Quatrièmement, on transfère le(s) embryon(s) 2 à 5 jours après le prélèvement s'ils se sont développés normalement et qu'ils ont obtenu un grade de qualité suffisant. Le 5^{ème} jour est considéré comme optimal. À ce stade, on appelle l'embryon *blastocyste*. Il est plus ardu de rendre l'embryon jusqu'à ce stade dans un milieu artificiel, mais lorsqu'on y parvient, les taux de succès d'implantation sont plus élevés (Forget 2012 : 57). Le transfert se fait via un cathéter en plastique que l'on insère dans la cavité utérine et sous guidage échographique afin de s'assurer que l'on dépose au bon endroit les embryons. Cette procédure prend environ 15 minutes⁶⁴ (Cussins 1998 et le site web de la clinique OriginElle). Les embryons surnuméraires qui ne seront pas transférés immédiatement peuvent être –et sont presque

⁶¹ Effets secondaires : sensibilité des seins, des changements d'humeur, de la rétention d'eau, des nausées et de la fatigue.

⁶² Effets secondaires : réactions lors de l'injection, gonflements, changements d'humeur, symptômes semblables au syndrome prémenstruel et, dans de rares cas, des réactions allergiques.

⁶³ Il n'est pas associé à des effets secondaires.

⁶⁴ Les risques d'effets secondaires associés à une FIV réussie sont : grossesses gémellaires (25%), triple (5%), diabète gestationnel, hypertension, hémorragie, grossesse ectopique (5% versus 1,6% dans les cas de conceptions naturelles), taux d'accouchements prématurés et de césariennes plus élevé (site web de la clinique OriginElle et Procréa).

toujours– cryopréservés (congelés) dans le but d’être transférés ultérieurement si la FIV ne fonctionne pas ou si le couple veut un 2^{ème} enfant (site web de la clinique Ovo).

Le couple devra encore patienter plus de dix jours pour le résultat du test de grossesse. Durant cette période, les relations sexuelles sont encouragées afin de favoriser l’implantation (Miron 2014). Selon la Société Canadienne de Fertilité et d’Andrologie, le taux global de naissances vivantes, toutes techniques de PMA confondues serait de 21,2% par cycle menstruel au Canada en 2001 (FQPN 2006 : 18). En fait, on estime que les taux de réussite de la FIV sont comparables à ceux de mère Nature. Toutefois, ils semblent moindres puisque les moyens pour y parvenir sont beaucoup plus déplaisants. Dans la nature, tout comme lors d’une FIV, un gaspillage d’embryons se fait à une échelle massive. Si 100 ovules sont exposés à des spermatozoïdes durant une relation sexuelle non protégée, environ 16 ne seront jamais fertilisés. Sur les 84 restants, 15 seront perdus durant la première semaine, soit durant le stade préimplantatoire. Durant le stade d’implantation, c’est 27 de plus qui seront perdus et encore 11 durant le premier mois de grossesse. Le gaspillage d’embryons est donc de 69% naturellement (Marantz Hening 2004: 82 et 235). Ainsi, une conception «normale» échoue beaucoup plus souvent qu’elle ne réussit (Franklin 1998). Un ovule et un spermatozoïde ont beau être présents et en contact, ils peuvent échouer à fertiliser, ou ils peuvent fertiliser et échouer à se développer, ou encore l’ovule et le spermatozoïde peuvent fertiliser, se développer et ensuite être absorbés par l’utérus sans raison apparente (Franklin 1998). Il faut savoir aussi que, selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2006), 9% des bébés issus de la FIV naissent avec une malformation congénitale, comparativement à 4,2% chez les bébés conçus naturellement –un risque que les couples semblent tout de même prêts à prendre (Forget 2012 : 55).

Il faut l’avouer le processus n’est pas simple et nombreux sont les couples qui se sentent perdus et abandonnés par leur médecin tout au long du processus. Il faut comprendre que ce n’est pas tous les médecins et cliniques qui prennent le temps d’expliquer le processus à leur patient –beaucoup croient que les patients ne comprendraient pas de toute façon et que cela est donc une perte de temps pour eux. Ce

n'est pas tous les couples également qui ont la capacité de faire des recherches et de comprendre les termes employés. D'ailleurs, en dépit de toutes les lectures que j'avais faites, j'avoue avoir été déstabilisée également à certains moments lors des entrevues avec les participantes à cette étude –je revenais donc à la maison pour rechercher certains termes qu'elles avaient employés.

2.4 L'impact du socioculturel sur le désir de parentalité

Nous verrons dans cette section que le désir d'enfant est de l'ordre de l'immuable et de l'inconditionnel, mais qu'il est toujours exprimé et compréhensible en vertu du cadre social duquel sont issus les gens l'exprimant. En fait, l'expérience de chacun, tout en étant singulière, est inlassablement façonnée par le contexte social, culturel et historique duquel la personne est originaire (Cleveland 1990 : 2). Et dans le cas de notre culture, comme le dit si bien Daniluk (2001 :125) «*we're socialized to expect a happy ending*», de par notre culture du «*ils vécut heureux et eurent beaucoup d'enfants*» promue dès le plus jeune âge par Disney⁶⁵ (entre autres), notre propension à croire qu'avec la science nous pouvons trouver une solution à tous les malheurs nous affligeant, mais aussi avec notre conviction sociale que tout peut être surpassé avec assez d'efforts. Ces aspects conditionnent certainement les choix faits par les couples infertiles tout au long de leur quête de parentalité.

2.4.1 Désir de parentalité : un enfant quand je veux –enfin si je peux.

La psychanalyste Geneviève Delasi de Parseval croit que le désir d'enfant n'a jamais été aussi fort même si la pulsion, elle, n'est pas nouvelle; après tout pour en arriver où on en est, il a fallu que nos prédécesseurs fassent des enfants (Forget 2012 : 24). En fait, toutes les sociétés ont à composer avec le fait que leurs membres doivent se reproduire afin de perpétuer la communauté et le contrôle de la taille et de la croissance de la population ont toujours été importants. Cet indispensable travail reproductif s'exerce au sein de ce que nous appelons «famille» ou «parenté». Nous verrons donc dans cette section que les pratiques apparemment guidées par des préoccupations individuelles répondent en fait à des

⁶⁵ La liste de tous les films issus de notre culture sur le sujet serait d'ailleurs intéressante à dresser.

impératifs sociétaux puisque le contrôle reproductif est irréductiblement social et individuel (Dandurand & Ouellette 1995 : 6-7 et Finkelstein 1990 : 12). Nous élaborerons également, du mieux que nous le pouvons, les valeurs et les représentations gravitant autour de l'enfant et la place qu'occupe celui-ci dans notre définition de la famille. De surcroît, nous verrons quels sont les sentiments induits par l'infertilité. Nous ferons donc dans cette section une brève – et malheureusement incomplète – revue historique de l'importance d'engendrer et de l'impact de l'incapacité à y parvenir.

Pour la plupart des gens, avoir des enfants va de soi et s'inscrit dans l'ordre normal des choses, pourtant ce désir peut signifier plusieurs choses : une proclamation publique de la maturité sexuelle⁶⁶; le désir de créer ou de continuer une lignée familiale et de transmettre des biens matériels; une façon d'avoir quelqu'un qui nous aime en retour; une motivation à se lever le matin et à travailler; l'assurance que quelqu'un prendra soin de nous lorsque nous serons âgés; un renouvellement de la chaîne de la vie; une réponse aux standards sociaux; une réponse à une injonction éthique ou religieuse; l'accomplissement des obligations familiales; une façon de se poser en tant qu'individu ayant son identité propre et des valeurs dignes d'être transmises; la raison même d'un couple; un moyen d'unir ou de restaurer l'harmonie conjugale; l'incarnation de la relation de ses parents; un moyen d'obtenir un plus grand sens d'appartenance au réseau amical; un moyen d'accéder à un sentiment de plénitude et d'épanouissement personnel, etc. Ainsi le désir d'enfant s'inscrit dans une psychologie, mais aussi dans une logique sociale. Ce désir et sa réalisation (ou sa non-réalisation dans le cas de l'infertilité) ne peuvent donc être abordés et compris que dans un effort de mise en relation avec le cadre social dans lequel ils s'inscrivent (Chateaufort 2011 : 58-64 et 152-154, Cleveland 1990 : 188, Dayan et Trouvé 2004 : 28-29, Lazaratou et Golse 2006 : 5, Ragoné 1994 : 119, Hall 1997 dans Hirsch 1999, Jenkins 2002 : 176, Franklin 2013 et Franklin 1990 : 215). Détaillons donc la spécificité de notre cadre et ses implications sur le vécu de l'infertilité.

⁶⁶ Il est fréquent mondialement d'associer avoir un enfant et accéder au statut d'adulte.

Traditionnellement au Québec, l'accession au statut de mère venait compléter le processus de maturation et la transition vers la vie d'adulte –qui était inaugurée par le mariage, symbole de l'initiation à la vie sexuelle (Cleveland 1990 : 165). Récemment, cependant, des transformations au niveau de la conjugalité ont eu lieu : les unions ont connu une forme d'instabilité accrue, tout en devenant plus égalitaire et basée sur l'échange affectif (Ouellette 2000 : 1). Désormais poussés par une visée démocratique et individualiste, les êtres s'unissent et se séparent; les familles se composent, se décomposent, se recomposent (Masquelier-Savatier 2013 : 45). De sorte que le mariage n'est plus le cadre obligé pour entamer sa famille et qu'il est davantage une question de conscience personnelle. Toutefois, le temps parental, lui, semble relever de l'ordre de l'immuable. En effet, le lien de filiation, en se personnalisant et en s'«affectivant», s'affirme davantage comme un lien inconditionnel (Chateauneuf 2012 : 107). Même si les couples se sont fragilisés, les divorces se sont généralisés et les recompositions familiales se sont multipliées, la filiation demeure un lien indissoluble. L'enfant devient un ancrage, le plus beau et le plus fort qui soit (Geneviève Delasi de Parseval dans Forget 2012 : 26).

Voyons ce que nous voulons dire par *le lien de filiation s'affective et se personnalise*. Auparavant, la société québécoise était fondée sur l'agriculture de subsistance et la famille était la cellule de base d'entraide, de production et de consommation. La place centrale qu'occupait la famille au niveau de l'organisation sociale trouvait une résonance (et un renforcement) dans les discours religieux et idéologiques. Toutefois, au début du 20^{ème} siècle, des changements socio-économiques et culturels ont obligé à redéfinir le sens de la famille (Cleveland 1990 : 170). Dans les années 1940-50, l'image de la famille nombreuse était valorisée et on décrivait comme anormal le fait de ne pas avoir d'enfant ou d'en avoir peu. C'était l'époque d'après-guerre et du *baby-boom*, contexte dans lequel la société se devait d'être renouvelée. Cependant, vers 1960, les formes traditionnelles de la parenté ont été remises en cause et des questions sur la capacité des familles à assumer adéquatement la reproduction de la société ont été adressées (Dandurand & Ouellette 1995 : 9). De sorte que plusieurs mesures gouvernementales ont été mises en place depuis, par exemple : la

protection des enfants, le suivi sanitaire des nourrissons et des enfants, la création de programmes redistributifs pour les personnes âgées et invalides, l'implantation de l'école obligatoire et le versement d'allocations familiales. Ces mesures n'ont pas été sans influencer, en retour, le développement qu'ont pris les formes familiales. En autonomisant le travail socialement valorisé (celui sur le marché) et en libérant, pour une bonne part, les obligations matérielles envers les adultes non productifs, cela a eu pour effet que la «famille» s'est nucléarisée. Elle s'est davantage centrée autour de l'enfant, dont les fonctions instrumentales sont peu à peu disparues, de sorte qu'au milieu du siècle, l'enfant est devenu «sans valeur sur le plan économique, mais inestimable sur le plan émotionnel» (Zelitzer 1985 dans Dandurand & Ouellette 1995 : 10). De plus, les larges familles –qui répondaient à des impératifs sociétaux particuliers (sur lesquels nous ne nous pencherons pas ici)– sont devenues de moins en moins la norme; accordant ainsi à chaque enfant un sentiment de rareté⁶⁷. L'enfant est donc devenu un être vulnérable auquel on doit désormais amour et protection, mais aussi une source de réalisation personnelle. L'idéologie de l'amour, conjugal et parental, fait définitivement de l'affectif le nouveau «ciment» des relations familiales. L'enfant a pris la place d'un objet convoité et indispensable à la réalisation ainsi qu'à l'épanouissement affectif de l'adulte (Dandurand & Ouellette 1995 : 10, Dandurand et Ouellette 2000 :15 et Masquelier-Savatier 2013 : 45).

Voilà pour les valeurs et les représentations gravitant autour de l'enfant et la place qu'occupe celui-ci dans notre définition de la famille. Discutons maintenant de comment le vécu de l'infertilité peut être exprimé socialement; quels sont les sentiments induits par cette condition.

Il est clair que la société induit une «*expression obligatoire des sentiments qui imprègne l'individu à son insu et le rend conforme aux attentes et à la compréhension de son groupe*» (Le Breton 2010). Selon Le Breton (2010), les sentiments et les émotions participent au symbolisme social et ne relèvent pas d'une psychologie purement individuelle. Ainsi,

⁶⁷ Voir Edward Shorter, *The Making of the Modern Family* (Basic Books: New York), 1975

toutes émotions s'appuient sur la mise en acte de codes culturels, mais qui sont rejoués à la première personne. Bref, pour qu'un sentiment ou une émotion soit ressenti et exprimé, il doit appartenir au répertoire culturel du groupe d'appartenance de l'individu. Un savoir affectif circule au sein des relations sociales et enseigne aux acteurs, selon leur sensibilité personnelle, les impressions et les attitudes qui s'imposent à travers les différents bouleversements qui affectent leur existence singulière. Ainsi, un répertoire de sentiments et de conduites est approprié à une situation en fonction du statut social, de l'âge, du sexe (Le Breton 2010: 380-382). Bateson (1986) nomme d'ailleurs *ethos* «ce système culturellement organisé des émotions».

Le fait que de façon représentative, une femme établie depuis un moment se sente «complète» lorsqu'elle est enceinte ou qu'elle ressente qu'elle a «échoué» si elle n'y arrive pas est donc révélateur de l'impact du socioculturel sur son désir. La stérilité, lorsqu'elle s'impose, est vécue comme une cassure indélébile dans le continuum attendu de l'épanouissement personnel (Pickmann 2006 : 86). En fait, «notre société définit un temps légitime pour l'amour autosuffisant, celui de la rencontre et de la mise en couple. Mais ce temps doit être dépassé et ouvrir sur le désir d'un lien plus altruiste : celui de la parentalité» (Donati 2003 :50 dans Chateauneuf 2011). C'est parce que la vie en occident avance en «progression» que l'infertilité pose un obstacle; elle représente une disruption de la progression normale de la vie. Pourtant la réalité et les aléas de la vie sont sensés nous inviter à l'humilité, dans la mesure où l'attendu n'est pas souvent au rendez-vous (Franklin 1990 : 206 et Masquelier-Savatier 2013 : 46-47). Malgré tout, cette cassure dans la programmation est forte, et d'autant plus importante que la contraception a laissé croire que le processus de reproduction était parfaitement prévisible et sujet au contrôle humain. Ce contrôle, via la contraception, situe l'enfantement dans un espace prévisionnel et cadre dans la pensée «un enfant si je veux et quand je veux». Ainsi, la parentalité planifiée est désormais une sorte d'obligation. À une ère où les contraceptifs sont facilement accessibles, les individus qui ne les utilisent pas sont vus comme déviants –sauf lorsqu'ils essaient d'avoir un enfant (Beck-Gernsheim 1989 : 32). En fait, tout dans notre société –du développement

professionnel à la grandeur des foyers jusqu'à l'image de la famille idéale— nous encourage à limiter notre fertilité (Rothman 1984 dans Beck-Gernsheim 1989 : 33). Toutefois, il a été démontré que même dans les pays où des planifications nationales familiales sont mises en place et où l'emphase est mise sur le fait de ne pas avoir plus d'un ou deux enfants dans le but de limiter l'explosion de la population et de permettre aux parents de bien élever leur enfant et bien cela implique, implicitement, que le bonheur vient avec le fait d'avoir au moins un enfant (Pashigian 2002 : 138). Précision ici que nous ne sommes pas un pays où le taux démographique est élevé. Il demeure toutefois que plusieurs de nos normes sociales sont pronatalistes, ce qui fait qu'une personne infertile voit ses souffrances exacerbées (Inhorn and Van Balen 2002 : 6). En fait, le Québec enregistre présentement l'un des taux de natalité le plus bas⁶⁸ et les taux d'avortement, de vasectomie et de ligature des trompes les plus élevés du monde (l'ancien premier ministre Bernard Landry [2001-2003] dans *Ça pourrait nous arriver*). Ceci fait en sorte que lorsqu'un enfant naît, il est désiré et investi d'une grande valeur affective. Une telle valorisation de l'enfant ne peut qu'alimenter le désespoir des couples infertiles puisque le désir insatisfait devient parfois souffrance et qu'avoir un enfant est toujours le signe de la conformité (Dayan et Trouvé 2004 : 30).

L'histoire de la naissance désirée est un processus qui s'étale sur presque mille ans et traverse trois stades, qui sont les trois stades de réduction de la fécondité. Le premier est celui de la contention de la fécondité. Ce stade a surtout touché les pays chrétiens. Le mode d'exécution utilisé a été le mariage tardif, qui régule ainsi la démographie en agissant comme contraceptif social puisqu'il retarde l'entrée des femmes dans la reproduction. Néanmoins, le modèle place sans le savoir les liens du couple au cœur de l'architecture sociale et sème les germes de l'individualisation. Le deuxième stade est la baisse de la fécondité suite à la baisse de la mortalité infantile, puis juvénile. Et pour finir, le troisième stade est marqué par la marginalisation des naissances imprévues et par la montée en puissance de la naissance désirée. Avec l'arrivée des contraceptifs médicaux, il n'est plus question de se soumettre à l'état de nature et le quotidien des couples s'installe dans la contraception; la naissance, elle,

⁶⁸ Soit 9,7 naissances pour mille habitants comparativement à 26,7 en 1960 (Gouvernement du Québec 2015).

provient de l'arrêt de cette dernière et résulte d'un choix. L'avortement donne le droit à l'erreur, à l'imprévision, à la défaillance, aux revirements des intentions. On se dispense d'avoir à se servir du mariage pour arriver à contrôler la fécondité. Deux verrous sautent : la stigmatisation des naissances hors mariage et la prescription millénaire de l'interdit des relations sexuelles avant le mariage. Ainsi, la conception et la naissance d'enfants individuellement désirés sont la norme, ce qui provoque *de facto* la marginalisation des naissances non désirées. L'enfant est plus rare, mais il est désiré et programmé. Dans un tel contexte, l'enfant se trouve commandé à des corps supposés fertiles à tout moment et beaucoup s'imaginent pouvoir maîtriser la conception comme ils ont pu contrôler la contraception. Le désir de procréer, quand il surgit, doit donc être immédiatement assouvi. Ce désir entretient une relation ambiguë et paradoxale avec son objet : la privation l'exacerbe, la possession l'affaiblit. Ce n'est pas le manque qui crée le désir, mais le désir qui crée le manque (Dayan et Trouvé 2004 : 28-32 et Yonnet 2010 : 43-47).

Le slogan «*un enfant si je veux quand je veux*» de 1960 est d'ailleurs révélateur de ce changement social. Les féministes de l'époque revendiquaient ainsi le droit de décider librement de leur maternité en s'appuyant sur les valeurs d'individualisme, de liberté de choix et de contrôle sur sa propre vie. Le but à l'époque était de défendre l'idée qu'une femme serait libre de refuser d'être mère et qu'elle n'en serait pas moins femme pour autant –et non pas de revendiquer un droit à l'enfant (Pickmann 2006 : 85). Aujourd'hui ce slogan et ses valeurs viennent davantage appuyer la légitimité des programmes de subventions pour les couples infertiles et l'exigence inverse à celle des féministes –soit l'importance d'avoir un enfant pour accéder au statut de femme (Inhorn and Van Balen 2002 : 9). L'expression *si je veux* sert à mettre l'accent sur l'idée de projet. La prise en charge des frais engendrés par les NTR résulte d'ailleurs de cette reconnaissance sociale du droit à l'enfant (Dayan et Trouvé 2004 : 32). Bref, non seulement la venue au monde d'un enfant est-elle relativement programmée, mais il est souhaité en tant que symboles d'épanouissement personnel et de réussite du couple (Châteauneuf 2011b : 5).

2.4.2 La conception du genre et la théorie de la procréation en occident

Notre théorie sur la procréation est fortement ancrée dans nos schèmes sociaux et l'un des thèmes majeurs qui persistent à travers l'histoire de la pensée sur la reproduction humaine est la valeur accordée au genre dans la reproduction (Burfoot 1999 : 1). C'est pour ces raisons que nous verrons dans cette brève section comment historiquement nous avons conceptualisé le genre et le processus de reproduction.

À l'époque classique, les travaux d'Aristote sur la biologie ont grandement influencé les théories sur la reproduction. Ce penseur croyait alors que la contribution de l'homme, son sperme, était responsable de la forme et de la fonction de l'organisme en devenir. Selon cette conception, les femmes fournissaient les matériaux bruts et leur corps devenait la place de travail dans lequel l'homme concevait la vie humaine (Tuana 1999 : 5-6). Depuis Aristote, la majorité des théories ont continué à accorder une qualité supérieure au sperme. En fait, même si l'on reconnaît que le corps de la femme est le site primaire pour la reproduction, son rôle est rarement perçu comme aussi proactif ou déterminant (Burfoot 1999 : 1-2).

Conventionnellement, nous tenons donc pour acquis qu'il y a deux catégories naturelles et distinctes de personnes (mâle et femelle) et que les différences entre eux sont à la base de la reproduction humaine (Yanagisako et Collier 1987). Toutefois, la plupart du temps lorsque l'on parle de différences sexuelles, on parle davantage de différence de genre. Le genre, qui est en fait une définition culturelle sur les hommes et les femmes, dérive d'une interprétation symbolique de leur rôle dans la procréation (Collier & Delaney 1992 : 303 et Delaney 1986 : 496). Le genre, avec la parenté, est une technologie servant à organiser la sexualité, mais qui, rétroactivement, la produit. En occident, l'importance de la science, de la médecine et des technologies vient «durcir» en quelque sorte les stéréotypes sur le genre et faire la promotion des mythes sur la féminité. Pour se faire, l'accent est mis sur la fonction «naturelle» de la grossesse et sur le fait que pour le «bien-être» des futures générations, les femmes se doivent d'apprendre à valoriser la grossesse, l'accouchement, les enfants et la famille. Les femmes sont donc confinées dans le rôle relativement restreint de mère. Ceci

nous a menés à attendre d'elles qu'elles veulent avoir des enfants et qu'elles aiment la maternité (Brown, Fielden & Scutt 1990 : 80 et Finkelstein 1990 : 13). C'est donc à cette fin que le lien mère-enfant est valorisé et considéré comme naturel, instinctif et indéfectible (Fine 1998). Conséquence directe de cela en lien avec le sujet de ce texte, l'infertilité, c'est qu'en vertu de ses rôles et des attentes sociales, c'est la femme subie le plus grand fardeau émotionnel et social de l'infertilité (Sandelowski 1993 : 245).

Une critique souvent faite par les féministes est d'ailleurs que les femmes échouent à reconnaître que leur désir d'enfant est socialement construit plutôt que totalement authentique. Même si elles ont de plus grandes opportunités que jamais de poursuivre des buts de vie autres que la maternité, celle-ci demeure un facteur critique pour leur sens de plénitude et leur vision de *normalité* (Sandelowski 1993 : 38, 73 et 75, Franklin 2013 et Jenkins 2002 : 174). Pour les féministes, le fait est qu'au 21^e siècle, la croyance que la biologie féminine est sa destinée est demeurée inchangée et continue de fournir une justification aux interventions médicales invasives. Ainsi, les traitements d'infertilité remplissent une croyance commune : une femme doit porter un enfant (Finkelstein 1990 : 14-15).

En sommes, cette courte section avait pour objectif de mettre en lumière le fait que la socialisation et les croyances ont le pouvoir d'influencer les décisions et désirs des individus.

2.4.3 L'importance de l'exclusivité

Nous avons vu que l'instabilité conjugale fait en sorte que la relation de couple est maintenant souvent indépendante de la relation parent-enfant. Mais à quel type d'enfant et de relation parent-enfant fait-on référence?

Comme vu dans la section sur la parenté, notre modèle culturel de reproduction est inspiré du processus biologique de la procréation sexuée et donne la trame de fond à notre système de parenté. Ce modèle dicte une logique «idéale» d'établissement de filiation, selon laquelle chaque individu est issu de deux autres individus d'une génération ascendante et de sexe différent qui l'auraient en principe conjointement engendré, ses père et mère. Il véhicule ainsi l'idée que la filiation est un fait de nature, une affaire de consanguinité –ce qui

se trouve renforcé par le fait que ce sont habituellement les géniteurs d'un enfant qui sont désignés comme étant ses parents (Ouellette 1998 : 157). Cette exclusivité du lien parent-enfant s'avère être la principale ligne de continuité et de stabilité d'une institution (la parenté) qui, à d'autres égards, a beaucoup changé (Ouellette 2000 : 3). Elle semble être profondément ancrée dans nos mentalités et l'est très certainement dans notre droit puisque le choix du législateur québécois ait sans nuance : quelles que soient les circonstances, le lien de filiation est exclusif ⁶⁹(Dandurand et Ouellette 2000 :9). D'ailleurs, les usages sociaux de l'adoption et de la PMA le démontrent clairement (Ouellette 1998 : 172-73). Le principe d'exclusivité est toutefois plus facile à obtenir via la PMA, ce qui d'ailleurs un des facteurs explicateurs à sa popularité –nous y reviendrons.

2.4.4 Médicalisation

L'époque dans laquelle nous vivons en est une qui est caractérisée par une augmentation constante de l'intervention médicale et scientifique sur le corps des femmes (les NTR étant l'exemple par excellence). Toutefois, ce type d'intervention ne date pas d'hier et dérive de l'application sociale d'un concept bien précis : celui de *médicalisation*. Dans cette section, nous allons débiter par explorer ce que signifie ce concept selon maints auteurs afin d'enchaîner sur les implications associées à sa prééminence dans notre société et finir par l'historique au niveau gynécologique de ce phénomène. Cela nous éclairera sur comment les *Nouvelles Technologies de Reproduction* ont pu s'intégrer aisément dans notre société et réussit à prévaloir lors de la recherche de parentalité.

Parsons (1951) est le premier penseur à avoir conceptualisé la médecine comme une institution de contrôle social, de par la légitimité de celle-ci à définir un comportement en tant que problème et à fournir les types de traitements «appropriés» (Conrad 1992 : 210). Toutefois, sur le sujet de la médicalisation, Conrad (1992) est de loin celui qui a le plus développé le concept. Cet auteur définit la médicalisation comme étant le processus de contrôle social par lequel les phénomènes, autrefois définis comme étant non-médicaux ou

⁶⁹ L'ethnographie démontre tout de même que cette exclusivité est étrangère à la majorité des autres sociétés.

non-problématiques, en viennent à être définis et traités en tant que problèmes médicaux. Dès que la définition médicale est émise, la condition ou le comportement en question est alors perçu à travers le «*regard médical*⁷⁰» et les médecins peuvent légitimement clamer que toutes les activités la concernant sont de leur ressort. Globalement, pour Conrad, la médicalisation consiste à définir un problème en termes médicaux, à adopter des structures médicales pour comprendre le problème, puis à utiliser des interventions médicales pour les traiter.

En ce qui concerne Riessman (1983), la médicalisation est une institution de contrôle sociale puisque les pratiques médicales sont des véhicules servant à éliminer ou à contrôler des expériences «problématiques/déviantes» dans le but de s'assurer que les individus adhèrent aux normes sociales (dans Brubaker and Dillaway 2009: 32). Zola (1972), quant à lui, définit la médicalisation en tant qu'institution de contrôle social constituant un nouveau répertoire de «*vérité*» et comme étant une place où les jugements finaux sont faits sur des bases présumées de «*neutralité*» et d'«*objectivité*». Selon l'auteur, c'est ainsi d'ailleurs que la médicalisation amène à étiqueter la plupart des activités de la vie quotidienne et des problèmes sociaux en termes de maladies ou de santé. Pour Greil et McQuillan (2010), la médicalisation réfère au fait que lorsqu'une condition est médicalisée, les agents biomédicaux assument alors l'autorité sur la définition et l'interprétation de la condition en étendant leur rôle dans la détermination du traitement approprié, tout en contrôlant l'accès à ces traitements et en surveillant la conformité aux traitements. Ils s'accordent du reste avec Zola pour dire qu'une source majeure d'augmentation de l'hégémonie du modèle biomédical est son apparente neutralité et objectivité (Greil and McQuillan 2010 : 137).

Selon Cahill (2008), la médicalisation se décrit comme étant l'expansion de la juridiction médicale dans des domaines autrefois non-médicaux. Pour lui, le facteur significatif de l'instauration de son monopole institutionnel a été l'organisation de son

⁷⁰ Concept de Foucault éclairant le fait que la position autoritaire médicale a été rendue possible au 18^{ème} siècle quand les scientifiques et les médecins ont mis en lien l'anatomie pathologique avec leur expertise clinique pour justifier une nouvelle médecine clinique basée empiriquement et une science biomédicale (voir le texte de Kaufman and Morgan 2005 pour plus de détails sur certains concepts de Foucault).

groupe occupationnel, soit les médecins. Conrad (1992), quant à lui, attribue divers autres facteurs qui ont fourni le contexte prérequis à l'instauration de la médicalisation : la diminution de la religion, l'augmentation du prestige et du pouvoir de la profession médicale, la foi en la science, en la rationalité et dans le progrès, en plus du penchant pour l'individualisme et la résolution de problèmes avec des technologies.

Le texte de Hacking (1986) explique par ailleurs bien l'importance de la nomination de réalités sociales. Selon lui, les humains et les actions humaines voient le jour main dans la main avec nos inventions de catégories les étiquetant et ce n'est que lorsque de nouveaux modes de description apparaissent que de nouvelles possibilités d'actions voient le jour⁷¹. Les statistiques officielles du 19^{ème} siècle dans le domaine médical sont, du restant, responsables de la majorité des classifications selon l'auteur. À ce sujet, Hogle (2005) précise que les conditions qui mènent au changement de pensées à propos de la normalité, de la santé et de la maladie incluent l'augmentation de l'utilisation et du développement des statistiques (Hogle 2005 : 698). Rappelons ici que le domaine de l'infertilité n'est pas dépourvu de statistique puisque nous avons tenté d'établir son étendue dans la section 2.3.

Pour Conrad (1992), la médicalisation soulève deux problèmes sociologiques majeurs: la décontextualisation des problèmes sociaux et le fait qu'aussitôt que le domaine médical s'accapare un domaine, il exercera son pouvoir, peu importe son efficacité et les conséquences sociales de ses actions (Conrad 1992 : 223). Pour Brubaker et Dillaway (2009), le problème est surtout au niveau pratique, puisque la médicalisation engendre la déshabilitation des gens lorsque les experts commencent à gérer et mystifier les expériences humaines (Brubaker and Dillaway 2009: 33). En ce qui a trait à Hogle (2005), le problème se situe surtout au niveau de l'application des statistiques puisque les personnes catégorisées comme *non-standards* sont perçues comme devant se normaliser en utilisant des

⁷¹ Ce concept aide à comprendre pourquoi l'infertilité a pris une ampleur «*épidémique*» depuis quelques années –c'est-à-dire parce que cette catégorie a été définie plus finement lors de l'émergence des technologies visant à la guérir (ou si vous préférez à la palier).

programmes sociaux-scientifiques⁷². Une autre problématique soulevée par plusieurs auteurs est que la médicalisation engendre la responsabilisation des individus; que le fardeau est mis sur eux. Les individus sont ainsi reconceptualisés comme des acteurs autonomes qui peuvent choisir leurs comportements, pratiques et plus important, leurs produits de consommation⁷³ (Hogle 2005 : 698-702). Selon Greil et McQuillan (2010), ce principe de responsabilisation cadre avec le fait que : 1) tous les efforts scientifiques sont construits sur une «*économie morale*», c'est-à-dire que la biomédecine implique la responsabilisation afin d'assurer le maintien de la santé; 2) qu'elle définit quels individus avec quelles conditions nécessitent un traitement; et 3) qu'elle identifie ce qui est révélateur pour établir un diagnostic et ce qui constitue un traitement approprié (Greil and McQuillan 2010 : 138).

Passons maintenant au développement historique de la médicalisation dans le domaine gynécologique –domaine qui fut en fait le terreau du développement de ce concept. Nous débuterons par la médicalisation de l'accouchement pour ensuite glisser sur le sujet de la médicalisation de l'infertilité.

Entre le 15^{ème} et le 16^{ème} siècle, la régulation des sages-femmes se faisait sous la supervision de l'Église, afin de protéger les intérêts spirituels des enfants mort-nés ou des femmes mourant en couche. Toutefois, lorsque ce métier a commencé à être lucratif, les hommes s'y sont rapidement intéressés. Les premiers hommes sages-femmes qui ont eu un succès financier sont les Chamberlens avec leurs forceps. Ces pinces à accouchement ont été la première technique d'accouchement contrôlée par les hommes et a permis de forcer prématurément le temps d'accouchement des femmes. Cette technique a joué un rôle central dans la valorisation de la profession médicale. Le fait que les sages-femmes n'ont pas été capables d'établir un corps professionnel formel et de régulariser leurs standards de service avant le 20^{ème} siècle explique également pourquoi les médecins ont été en mesure de les surpasser dans l'idéologie populaire et que leur légitimité dans le domaine se soit

⁷² Dans le cas qui nous intéresse, cela implique de consulter un spécialiste en clinique de fertilité après un an d'essais reproductifs infructueux.

⁷³ Dans notre cas, cela signifie prioriser les solutions médicales plutôt que sociales ou les techniques de «médecines douces» puisque cela est perçu socialement comme étant plus logique.

effondrée. Les médecins ont ainsi réussi à promulguer l'idée que l'accouchement était dangereux et devait être géré par des spécialistes afin d'éviter les complications ainsi qu'augmenter les taux de survie. Avec l'acceptation de cette idée, la future mère était vue comme agissant de façon responsable si elle utilisait les services d'un médecin, c'est-à-dire si elle allait à l'hôpital. Néanmoins, à l'époque, les médecins s'occupaient de beaucoup de patients ayant diverses maladies; ils étaient donc transporteurs de contagion. Les accouchements à domicile avec une sage-femme étaient ainsi plus sécuritaires que celles à l'hôpital. En fait, ce n'est qu'avec les instructions de Semmelweis sur l'asepsie en 1847 et ceux de Lister sur les antiseptiques en 1867, que les taux de mortalité infantile et maternelle ont chuté. Preuve étant qu'entre 1860-90 les taux de morts suite à une infection étaient de 31,1% à l'hôpital et de 5,7% à la maison alors qu'entre 1890-99 ceux-ci étaient de 2,6% à l'hôpital et de 2,1 à la maison. De nos jours, c'est entre 97-99% des naissances qui se font à l'hôpital, démontrant que la grossesse est presque complètement médicalisée (Cahill 2008: 334).

Le statut de l'accouchement a également changé avec le développement de la gynécologie –passant d'un événement normal de la vie à une opportunité économique– et les médecins ont réussi à augmenter la dépendance des femmes envers le corps médical. L'ironie est que la médecine a diminué la douleur⁷⁴ et les dangers associés à l'accouchement pour les femmes, tout en marginalisant l'expérience qu'elles ont de leur corps lors de l'accouchement et en niant la connaissance traditionnelle accumulée par des générations de femmes dans le domaine (Finkelstein 1990 : 21-27 et Cleveland 1990 : 81). Mentionnons toutefois que plusieurs femmes ne se sentent pas aliénées par la médicalisation, mais accueillent plutôt les interventions médicales durant leur grossesse. En fait, ces technologies d'objectivation du corps servent parfois d'avenue par laquelle une femme poursuit activement et négocie le contrôle de son futur reproductif (Teman 2003 : 83-84).

⁷⁴ Qu'elle a souvent elle-même engendrée. Par exemple : en plaçant la femme sur son dos afin d'allouer aux docteurs plus de contrôle plutôt que de la laisse se placer dans une position plus naturelle, mais qui est moins pratique pour les docteurs.

Selon Brubaker et Dillaway, c'est parce que les hommes avaient de la difficulté à définir les conditions et expériences typiquement féminines (l'accouchement, la grossesse, la procréation, les menstruations, la ménopause et l'allaitement), qu'ils les ont réduits à des événements biologiques, physiologiques ou « naturels » sur lesquels ils pouvaient et devaient intervenir – ce qui nous ramène d'ailleurs au fait que nous disions plus haut, que la médecine durcit notre conception du genre (Brubaker and Dillaway 2009: 34-35).

Selon Greil et McQuillan (2010) et Greil, Johnson, McQuillan et Lacy (2011), la médicalisation a eu un impact particulièrement flagrant au niveau de la perception de l'infertilité. Cette condition, qui relevait précédemment du domaine privé, est maintenant une condition médicale se focalisant principalement sur le corps des femmes. Pour Greil et al., l'impact de la médicalisation se fait sentir dans le domaine de par la définition biomédicale qui catégorise et identifie des patients potentiels tout en promouvant que celle-ci est traitée de façon plus appropriée par des praticiens médicaux. Ainsi, la médicalisation de l'infertilité s'inscrit spontanément dans ce contexte de valorisation du progrès médical dans lequel les médecins apparaissent comme des personnes devant remédier à la maladie (Chateaufort 2011 : 166). Avec cette conjoncture sociale, la femme s'inscrit dans la logique de l'institution médicale : pléthore de tests, ingestion d'hormones, programmation des relations sexuelles, etc. et, implicitement, pathologisation de sa condition (Cleveland 1990 : 9-10). Même si la médecine est souvent décrite comme l'art de la guérison, elle est loin de n'être que cela; comme vu plus haut, elle est également un moyen de contrôle social. Le fait que les cliniques sont perçues comme délivrant des services de santé spécialisés ayant pour but le soulagement de souffrances humaines reliées à des difficultés de procréation perception légitimise l'inertie du public face au pouvoir croissant de ces derniers dans le domaine de la reproduction humaine et des comportements socioculturels qui y sont associés (Ouellette 1988 : 13). De plus, la proposition d'expansion de choix soulève la question suivante: est-ce que les femmes ont réellement l'option de ne pas utiliser ces technologies? En fait, la multiplicité des options technologiques offerte ne représente qu'une

apparence de choix puisque plus il y a d'options technologiques, moins il y a de possibilités de choisir une option qui n'implique pas la technologie (Dumit and Davis-Floyd 1997).

2.4.5 Comprendre la prépondérance des NTR dans une société technoscientifique

La vision anthropologique reconnaît que la technologie est un sous-système culturel qui exprime des préoccupations, des priorités et des valeurs culturelles (Sandelowski 1991 : 31). Ainsi, le fonctionnement de la culture peut être mis en évidence à travers l'étude d'une technologie et de son insertion dans une société donnée (Franklin 1999). Selon cette perspective, les *Nouvelles Technologies de Reproduction* peuvent jouer le rôle de fenêtre ethnographique donnant accès à nos valeurs et nos normes culturelles (Edwards 1999 et Chateauneuf 2011: 1). Nous verrons dans cette section comment notre pensée technoscientifique alloue à ces technologies de PMA de s'intégrer sans trop de vagues dans notre société et ce qu'elles révèlent sur nos conceptions.

Le concept de «*Projet de la modernité*» d'Habermas est intéressant ici puisqu'il révèle que *l'Homme*⁷⁵ moderne⁷⁶ a toujours tenté de dominer la nature via la science et qu'il a développé diverses formes «rationnelles» d'organisation sociale (Hirsch 1999). Ce concept permet de mettre à jour que l'on prend pour une évidence que la science doit impérativement dominer la nature pour le bien-être de tous et qu'il est commun en Occident de lier technologie et futur. La technologie est pour nous un représentant de la nouveauté, du progrès. L'idée qu'investir dans la technologie c'est investir dans le futur nous semble aller de soi (McNeil 1990 : 1). En fait, nous avons cette attente que la science et la technologie devraient être la source d'amélioration continue pour notre qualité de vie et que la poursuite de l'inconnu se fait au nom du bien public. L'acceptabilité des NTR est, parmi autre chose, basée sur cette possibilité de changer le monde pour le meilleur en dominant/altérant des processus biologiques naturels. Elles cadrent ainsi parfaitement dans le

⁷⁵ Dans le sens d'être humain.

⁷⁶ C'est-à-dire appartenant à la période de la modernité –soit celle ayant émergée il y a +/- 350 ans et qui a un savoir-faire (Teukhein) technologique, un savoir-dire (Legein) scientifique et un univers de significations sociales (Imaginaire social) rationaliste.

«*Projet de la Modernité*». Les *Nouvelles Technologies de Reproduction* sont normalisées puisqu'elles représentent le progrès dans le traitement des maladies, de l'amélioration de la santé humaine et des traitements d'infertilité. Un indicateur de cette normalisation est l'augmentation de la tolérance publique envers les NTR et de l'intolérance publique face aux dénonciations religieuses de la FIV et des recherches sur les cellules souches (Franklin 1990 et 2013). En cet âge du progrès médical, les connaissances scientifiques et les réponses médicales ne sont généralement pas questionnées et la plupart du temps elles sont légitimées. La technologie, en tant qu'application de la science, est construite et célébrée (Loe 2004 dans Brubaker and Dillaway 2009: 32).

À ce stade, on peut toutefois se demander si l'humanité a nécessairement été bien servie par la marche de la découverte. Tous les avancements scientifiques ne nous mènent pas automatiquement à des vies plus significatives et la science ne mène pas nécessairement au progrès linéaire –en fait, on pourrait dire, à plus juste raison, que l'évolution est récursive, c'est-à-dire que ses diverses composantes se renforcent mutuellement. Il faut se le dire, les scientifiques ont tous des motivations variées qui ne sont pas nécessairement liées à l'amélioration de notre qualité de vie. Ils peuvent désirer : 1) la popularité et l'argent, 2) servir les besoins humains, 3) introduire un nouveau marché, 4) découvrir quelque chose pour la simple joie de découvrir, 5) faire une découverte pour l'honneur et la gloire d'être le premier, 6) obtenir le respect de leurs pairs ou 7) viser l'obtention du prix Nobel⁷⁷. Nonobstant, tous croient que l'ignorance est bien pire que la connaissance et que ce n'est pas parce que la physique nucléaire a mené à la bombe atomique, que l'électricité a apporté avec elle la chaise électrique et que l'ingénierie civile a permis les chambres à gaz, que tout développement scientifique mènera à des choses atroces (Marantz Hening 2004). Il faut toutefois admettre qu'aucune technologie n'est neutre et dénudée de spécificité historique, du contexte ou des valeurs de ceux qui, en premier lieu, les ont développés et qui, en

⁷⁷ Comme cela a été le cas de Robert Edwards en 2010 pour sa contribution au développement de la FIV comme traitement contre l'infertilité. Monsieur Edwards est en fait un des deux hommes impliqués dans la fertilisation du premier bébé FIV –Louise Brown. Certains ont fait valoir en 2010 que le comité avait trop attendu avant de remettre un prix pour cette réussite qui fait couler beaucoup d'encre, de sorte que Steptoe, décédé en 1988, n'a jamais pu obtenir la récompense ultime pour tous ses labeurs.

deuxième lieu, les utilisent (Steinberg 1990 : 75). Toutefois, avec la reconnaissance grandissante de l'importance de la technologie dans notre vie de tous les jours, vient le fait qu'elle est si souvent acceptée que cela la rend invisible (Ratcliff 1989 : 1).

Nous avons vu plus tôt que la médecine occidentale c'est surtout une histoire d'essais pour résoudre les problèmes sociaux et contrôler la population, via la médicalisation (Loe 2004 dans Brubaker and Dillaway 2009: 32). Ici, nous rajouterons que dans notre société, qui croit que plus de technologies fait une meilleure médecine, la croyance est que personne ne prendra pas le risque de ne pas utiliser une technologie disponible (Kunisch 1989 : 41). C'est ainsi que nos technologies reproductives deviennent une idéologie reproductrice (Beck-Gernsheim 1989 : 38). Le fait de recréer des fonctions corporelles technologiquement donne l'illusion de contrôler la prévisibilité d'un monde imprévisible. Conduit par cette approche hautement technocratique, la médecine clinique monopolise l'accès au corps humain et dévalue ou met sous silence les formes de compréhension alternatives (Sharp 2000 : 297). La science a une vision implicite du monde dans laquelle les êtres humains et la société sont des objets techniquement manipulables; ce qui se traduit par l'application de solutions techniques empiriques ou pseudo-empiriques à des problèmes sociaux (Burns 1985 dans Scutt 1990: 2). Elle est loin derrière l'époque où l'on pouvait distinguer une procédure médicale d'une procédure technique (Koval 1990 : 128).

Dans le cas des NTR, la littérature anthropologique démontre que c'est, entre autres, la valeur accordée à l'idéologie du progrès explique leur acception généralisée (Chateauneuf 2011 : 85-86). Ces technologies représentent la manifestation sociale de la foi généralisée envers les physiciens et les technologies médicales (Sandelowski 1993 : 48 et Strathern 2005 : 9-10). Dans notre société technoscientifique, choisir l'option scientifique (la médecine clinique) lors de problème d'infertilité fait donc sens.

2.4.6 Notre vision machinique et dualistique

Dans cette section, nous expliquerons ce qu'implique adopter une vision corporelle machinique et dualistique. Nous verrons que cette vision n'est pas négligeable lorsque vient

le temps d'aller en clinique de fertilité et de suivre des traitements; plusieurs participantes à cette étude ont fait d'ailleurs des références en lien avec ce concept durant les entrevues. Nous allons donc, entre autres, présenter la métaphore industrielle, qui est fréquemment utilisée dans les discours sur les NTR. Nous effectuerons cet exercice puisqu'il est démontré que les significations culturelles sont souvent mises en évidence dans les analogies et les métaphores (Hayden 1998). Nous verrons d'ailleurs que cette métaphore lève le voile sur notre mode de pensée dualistique et que celui-ci vient justifier la prépondérance des interventions médicales dans le domaine de la reproduction.

Au niveau de la pratique médicale, le 17^{ème} siècle représente un tournant majeur dans l'acceptation de la philosophie cartésienne –qui dessine une distinction cruciale entre le monde spirituel et matériel, ou si vous préférez, entre l'esprit et le corps. Avec l'élaboration de ce dualisme, Descartes et son fameux «*Je pense donc je suis*» a tout simplement révolutionné la médecine. Avant cela, la doctrine du christianisme orthodoxe avait préséance et le corps et l'esprit étaient vus comme ne faisant qu'un (Cahill 2008: 335). Cependant, suite à Descartes, le corps a été classé du côté de la nature dans le dualisme *Nature-Culture*, ce qui a justifié sa «domination» et son contrôle puisqu'une des croyances profondément ancrées dans la science est qu'elle serait là pour élever l'humain de sa condition corporelle, ou si vous préférez, que la science peut «surpasser» la nature (Hogle 2003 : 14). Selon Sharp (1995 et 2000) et Hirschauer (1991)⁷⁸, c'est la chirurgie qui a rendu possible la transformation permanente du corps et qui rend presque complète la vision cartésienne puisqu'elle objective littéralement le corps humain. Selon Hacking (1986), cette vision est imposée et est alimentée par le résultat de nos prouesses technologiques, qui poussent toujours plus loin l'applicabilité de la vision machinique.

Il faut toutefois préciser qu'il n'y a aucune perception du corps qui soit libre de dimensions sociales (Teman 2003 : 78). Le Breton (2010) appuie d'ailleurs cette déclaration

⁷⁸ Le sujet de l'ethnographie d'Hirschauer (1991) est d'ailleurs la chirurgie. Il démontre dans celle-ci que le corps est objectivé et dépersonnalisé lors d'une chirurgie et que cela relève donc de l'application pur et simple du dualisme cartésien et de la perception mécanique.

puisque selon lui, le modèle dualiste de la métaphysique occidentale, qui distingue le corps et l'esprit, l'organique et le psychologique, n'est pas absolu puisque dans l'imaginaire social de nombre de communautés humaines, le corps n'est pas distingué de l'être humain qui l'habite (Le Breton 2010 :377). Selon Sharp (2000), cette pensée dualistique a de très grands impacts puisqu'elle est largement répandue dans les pratiques médicales et facilite la dépersonnalisation, voire la déshumanisation, des personnes en tant que corps. Schepper-Hughes et de Weiss remettent également en question cette opposition Nature-Culture puisqu'ils montrent que la nature est une construction de la science, et donc de facto une construction culturelle. De nombreux autres auteurs sont extrêmement intéressants sur le sujet : Descola, Latour, Koyré et une panoplie d'autres qui nous démontrent que la science et la dichotomie Nature-Culture ne sont que des construits historiques. Bref, il n'y a pas de façon universelle ou naturelle de penser le corps et il n'y a pas de «vérité» valide universellement à propos du corps.

Selon Sanner (2011), les occidentaux ont néanmoins une double perception de leur corps : une qui est non-objective dans laquelle ils sont leur corps et une objective dans laquelle leur corps est un objet matériel parmi tant d'autres (Sanner 2011: 1496-1497). Et pourtant, il demeure évident que le corps humain ne se réduit pas à un corps biologique et à un fonctionnement physiologique, dans la mesure où, un individu va de pair avec son corps. Chacun de nous expérimente son corps, mais cette expérience est entièrement sous-rationnelle, c'est-à-dire non articulée ou descriptible, et probablement largement inconsciente (Kass 1985 : 21-24). Selon Le Breton (2014), les moments courants où nous sommes en décalage avec notre corps, voire en rupture, traduisent le lien indissoluble qui nous unit à lui. Sharp (1995) fait d'ailleurs la même comparaison que Le Breton au sujet des moments de détresses et de maladies qui nous rendent soudainement conscients de notre corps en tant que partie intégrale de notre être (Sharp 1995: 377). Ainsi, il est commun qu'un patient en fertilité pense son corps comme étant une entité qu'il possède et qui l'a trahi puisqu'il ne fonctionne pas comme escompté; son corps devient *Autre*, séparé et antagoniste à lui et à son projet. Toutefois, il demeure qu'un corps est matière d'identité au plan

individuel et collectif puisque c'est par lui que l'on nomme, reconnaît et identifie (Le Breton 2014 :21). Comme le mentionne Kass (1985), dans l'usage populaire, le corps est toujours le corps de quelqu'un. Preuve étant que ce qui nous frappe le plus lorsque nous regardons un corps vivant, c'est qu'il s'agit d'un tout, d'une unité; un corps bouge en tant qu'ensemble (Kass 1985 : 21-24). On décèle ici une contradiction entre deux visions occidentales : que le corps n'est qu'une chose dont s'occupent de façon triomphante la science et la technologie et que le sens de son corps et de ses parties corporelles demeure bien plus qu'une simple chose, que la personne est inextricablement liée à la matérialité de son corps (Joralemon 1995 : 339).

Beaucoup d'expressions associent médecine et production industrielle –par exemple les métaphores de type «*être brisé; avoir besoin d'être réparé*» viennent démontrer l'applicabilité du dualisme cartésien. Ces métaphores existent parce que notre modèle biomédical voit le corps comme étant analogue à une machine qui est faite de parties interdépendantes, dont n'importe laquelle peut subir un dysfonctionnement (Sandelowski 1993 : 244). Au niveau de la reproduction, le corps des femmes –en tant que «matrice biologique» – tend de plus en plus à être perçu comme une machine (Klein 1990 : 258, Lafontaine 2004 : 215 et Hanmer 1990: vii). Le sujet nous intéressant ici étant l'infertilité, on voit qu'elle peut aisément s'insérer à l'intérieur de cette vision instrumentale et mécaniste du corps puisque dans notre société elle est reconnue pour relever d'un problème biologique (Chateaufort 2011 : 207). Ce type de commentaires démontrent et renforcent le fait que la reproduction est industrialisée –dans le sens qu'elle est sujette au contrôle «*rationnel*» via des techniques similaires à celles ayant menées à l'adoption de la production de type manufacture⁷⁹. La grossesse, par exemple, est devenue une entreprise supervisée par des spécialistes entraînés, dépendante d'équipements dispendieux et sophistiqués et gérée selon des principes d'efficacité rationnels. De plus, on peut difficilement nier que les techniques de procréation transforment les parties du corps humain (comme les ovules et le sperme) en

⁷⁹ Nous verrons d'ailleurs plus loin dans cette thèse que les femmes qui vont en clinique de fertilité ont cette impression d'être un produit dans une chaîne de production industrielle.

pièces détachables et marchandisables⁸⁰ et les processus corporels (comme l'ovulation, l'insémination et la fertilisation) en actes médicaux «contrôlables». En considérant cette métaphore, l'accent de la culture médicale n'est pas tant sur la personne en tant que tout, mais sur l'organe «défaillant» –c'est-à-dire ne fournissant pas les résultats attendus. Le centre d'intérêt devient donc d'éliminer, de réparer ou d'outrepasser cette «anomalie». Pour les praticiens, ce type de propos sert de justification idéologique à leur intervention puisque si le corps est une machine brisée, la réponse *naturelle* n'est-elle pas de la réparer (Greil 2002 : 102-108)? Une critique souvent adressée aux médecins est d'ailleurs qu'ils oublient de traiter leurs patients comme des êtres humains et qu'ils ont tendance à les voir davantage comme des machines qu'ils doivent «traficotées» afin qu'elles réussissent à produire un enfant (Scutt 1990 : 316).

⁸⁰ Il suffit de jeter un coup d'œil au catalogue de don de sperme ou de don d'ovules disponibles en ligne pour s'en convaincre. Nous y reviendrons dans la section 3.4.2.

Deuxième partie : Les propos des participantes

À partir de ce chapitre, l'emphase sera beaucoup moins théorique et conceptuelle, mais beaucoup plus dialogale –dans le sens qu'il y aura beaucoup d'extraits des entrevues faites avec les participantes. Il est certain que leurs propos auront une résonance vis-à-vis des concepts élaborés dans le chapitre deux et que des liens seront faits, mais le but principal est de leur céder la parole. Précisions ici que les mots en italique dans les citations des participantes font référence à des propos qu'elles rapportent avoir eues ou entendues lors d'une conversation avec une autre personne –leur conjoint bien souvent– ou encore de pensées qu'elles ont eues.

Chapitre 3 : Ça ne fonctionne pas, que fait-on?

À un certain point dans leur quête de parentalité, lorsque celle-ci ne cesse d'échouer, les couples infertiles doivent se confronter à ce qu'ils désirent réellement et différents choix se présentent : un enfant point, une grossesse, un enfant génétiquement relié, un bébé, un enfant n'ayant pas de besoins spéciaux ou renoncer à un enfant. Ils font donc face à essentiellement quatre options : ils abandonnent leurs efforts pour avoir un enfant ensemble et demeurent sans enfant; ils poursuivent une voie de parentage alternative comme l'adoption ou devenir famille d'accueil; ils se tournent vers la médecine douce (la méthode sympto-thermique⁸¹, l'acupuncture, l'ingestion de diverses vitamines, le yoga, la naturopathie, l'herboristerie, la chiropractie ou la massothérapie); ou ils s'aventurent dans le domaine médical. S'il est vrai que ces quatre possibilités constituent des choix potentiels, la plupart des couples, confrontés au temps qui passe et au sentiment d'urgence, choisissent de faire une incursion dans le monde médical et espèrent que la médecine reproductive

⁸¹ L'entreprise à but non lucrative Serena offre d'ailleurs des séminaires sur le sujet.

arrivera à guérir leur infertilité (Chateauneuf 2011b : 5, Daniluk⁸² 2001 : 122 et Sandelowski 1993 : 112). Ici, on peut légitimement se poser la question : mais pourquoi? Le chapitre 2 : *Concepts Clés* a clairement établi les réponses, mais ce qui nous intéresse ici c'est comment les participantes à cette étude justifient ce choix.

Nous commencerons donc ce chapitre par nous pencher sur l'importance de la maternité et de la parentalité pour les participantes à cette étude –ceci est considéré comme nécessaire puisque c'est en comprenant ce que représentent pour elles la maternité et la parentalité que nous allons pouvoir comprendre davantage les choix qu'elles ont faits dans leur quête d'accès à la parentalité. Nous élaborerons ensuite toutes les avenues de parentage alternatif qui a été discuté avec elles.

3.1 Importance de la maternité et de la parentalité

La question de départ posée à toutes les participantes afin d'amorcer la discussion était : *«quand est-ce que vous avez ressenti pour la première fois le désir d'enfant; que vous vous êtes dit : moi je veux être une mère?»* Pour la grande majorité des participantes, la question du désir d'enfant n'en était pas vraiment une puisqu'il était évident pour elles qu'elles voulaient et auraient des enfants. Plusieurs d'entre elles ont d'ailleurs mis comme conditionnel cette requête familiale lors de leur rencontre de conjoint. Ainsi, plusieurs disent avoir posé la question dès les premiers rendez-vous et avoir basé leur décision de poursuivre la relation sur la réponse fournie.

Isabelle : *«J'étais maternelle même quand j'étais enfant. Ma mère me disait que j'avais ça en moi. J'étais soignante, maternelle. [...] Ma mère me contait une histoire de quand j'avais 3 ans que j'étais comme ça. Je pense que ça l'a toujours été. Je ne me suis jamais posée la question en fait, ç'a toujours été une évidence.»*

Jennifer : *«Moi je rêvais d'avoir une grande famille pis avoir plusieurs, plusieurs enfants. Faque ça date vraiment de loin. Pis même quand j'ai connu [mon conjoint], c'était *veux-tu avoir des enfants?* Pis c'est au point que s'il m'avait dit *non j'n'en veux pas*, la relation se serait terminée là. C'était comme un désir vraiment très fort depuis*

⁸² Ce texte est une méta-analyse et se base sur les textes de Berg & Wilson 1991; Daniluk 1988; Menning 1988; Morrow, Thoreson & Penny 1995; Nachtigall, Becker & Wonzy 1992; Stanton & Dunkel-Schetter 1991; Wright, Allard, Lecours & Sabourin 1989 et Wright et al. 1991 pour affirmer cela.

très, très jeune. Tsé je m'impliquais toujours auprès des enfants étant adolescente. Du plus loin que je puisse me souvenir, je voulais des enfants.»

Anne : «J'ai toujours voulu des enfants. Je ne me suis jamais imaginée que je ne pourrais peut-être pas avoir des enfants un jour, faque ça remonte à très loin. [...] Pis j'avais même associé dans le temps le moment où j'allais avoir des enfants. Moi, dans ma tête, à 27 ans j'allais avoir mon premier enfant. [...] C'était très précis.»

Kate : «Je dirais que j'me suis souvent dit ou, en tout cas, j'ai souvent pensé, que je me sentirais jamais accomplie si j'n'avais pas d'enfant. C'est certain que dans ma tête ça l'a jamais été que j'n'aurais pas d'enfant. C'n'était pas une option. Le moment exact où je me suis dit je veux un enfant c'est certain que.... nous quand on a commencé à sortir ensemble lui avait deux gars. Mon chum était opéré; il ne pouvait pas avoir d'enfant. Faque c'est une discussion qu'on a eue au tout début. On s'est dit, en fait j'ai dit, je lui ai mis un ultimatum, je lui ai dit : *Si tu ne veux pas d'enfant, ça ne pourra pas marcher*. Faque avec lui ça l'a été à ce moment-là, mais j'ai toujours eu ce désir-là d'avoir des enfants, depuis très, très jeune.»

Maëlle : «Moi depuis que je suis toute petite que j'ai des listes de prénoms pour mes futurs enfants. J'en voulais 6 aussi, pis mon Dieu que ça ne s'en ira pas vers ça finalement. Faque, ça fait vraiment longtemps. Pis moi il me manquait le chum à moment donné. Pis c'était important, je rencontrais quelqu'un, pis oui j'étais un peu intense : *veux-tu des enfants? Non pas vraiment?! Bin, ça ne marchera pas!*»

Sarah : «J'étais très jeune, j'avais 16 ans. [...] Moi ma mère m'a eu très jeune pis je m'étais dit que j'étais capable moi aussi. Faque ce n'était pas grave si j'avais un accident.»

Éliane : «Le désir était là jeune, mais pas criant.»

L'importance pour Marie-Ève de son désir d'enfant a même été une des raisons de sa séparation avec le père de son enfant : «*Avec mon ex-conjoint, je savais que lui n'en voulait pas d'autre pis c'est une des raisons pourquoi on est pu ensemble*». En effet, celui-ci ne désirant pas en avoir d'autre, a subi une vasectomie afin de s'en assurer –alors que sa conjointe de l'époque (Marie-Ève) en désirait d'autres.

Pour d'autres participantes, leur désir s'est clairement manifesté par la rencontre d'un conjoint avec lequel elles se sont vues avoir potentiellement un ou des enfants.

Mica : «Début vingtaine, j'avais rencontré un conjoint. Pis euh c'est ça, c'est sûr que j'n'en voulais pas là, là parce que j'étais encore jeune, je me cherchais encore beaucoup, mais c'était clair dans ma tête que j'allais en avoir.»

Caroline : «C'est mon conjoint qui m'a mis ça dans l'idée. C'est vraiment lui parce qu'il y a plusieurs années, j'ai eu un diagnostic de Sclérose en plaques, pis dans ma tête je m'étais dit que c'n'était peut-être pas compatible avec une vie de famille hyper active. Mais après ça j'ai rencontré [...] mon conjoint, pis lui, il voulait vraiment avoir des enfants. Pis ça faisait plusieurs années que j'avais eu mon diagnostic de sclérose en plaques pis j'n'avais pas été si malade que ça faque je me suis dite que ça serait finalement possible. Faque là, la petite graine à germé pis asteure c'est rendu pratiquement que ça qu'il y a dans ma tête.»

Gevie : «En fait au départ, c'est sûr qu'étant adolescente on se projette toujours, on se dit qu'on veut avoir comme nos parents : deux enfants, la voiture, la maison. Par la suite, dans la vingtaine, c'est sûr que l'idée n'était pas là du tout. J'avais des choses à vivre. [...] JE vous dirais que c'est vraiment quand j'ai connu mon conjoint que là l'idée d'avoir une famille s'est vraiment concrétisée. Parce que c'était réellement avec lui que je voulais, que je me voyais avec un enfant ou des enfants.»

Pour Amélia, la situation est un peu plus complexe. Étant issu d'une famille religieuse, il lui a été plus ardu de dissocier son désir personnel de l'obligation sociale et familiale qu'elle ressentait et qui est plus marqué chez les pratiquants religieux.

Amélia : «J'avais 16 ans quand je l'ai connu. Pis quand qu'on a commencé [...], lui il me disait qu'il voulait 4 enfants, pis moi à ce moment-là, je ne savais même pas si j'en voulais. Tsé je ne m'étais jamais attardée sur *j'en veux, j'n'en veux-tu pas*. [...] Pis quand on s'est marié, bin là j'ai dit *bin tsé on est marié...* Faque tsé comme je te disais vu qu'on était tellement impliqué côté religion... Dans le temps c'était *tu te maris, t'as une maison, t'as des enfants*, c'était comme une voie tracée obligatoire. Faque on a été, comme qui dirait, dans le même mode. Faque une fois marié, c'était logique : c'était des enfants. Faque j'ai arrêté ma pilule une fois marié. Pis là c'n'était comme pas à 100% un désir, mais c'était comme logique et j'étais convaincue que ça allait marcher. [...] Mais vraiment avoir le désir, c'est quand j'ai fait ma première fausse couche.»

Un des aspects intéressants que plusieurs participantes ont mentionné est qu'elle ne se sentirait complète que lorsqu'elle deviendrait mère. Certaines sont allées jusqu'à dire que, selon elle, être mère était la finalité d'une femme.

Mica : «Ma perception de ce que c'est une femme, pour moi là, la finalité d'une femme c'est d'être, de devenir, mère.»

Maëlle. «Pour moi c'était vraiment important. Pis y'en a qui pensent différemment, moi je me dis qu'on est toute sur terre pour faire quelque chose; y'en a c'est une carrière, y'en a qui veulent avoir du fun, moi je me dis que je viens ici pour être une

maman. Hiii qu'à date c'est un échec.» [Cette participante avait lors de l'entrevue un enfant obtenu grâce à la FIV.]

Gevie : «Je pense que le but premier de l'être humain c'est de procréer. Y'en a qui font le choix de ne pas avoir d'enfant, je respecte ça. Ils sont assez honnêtes envers eux-mêmes pour dire : *Non je ne veux pas d'enfant, j'en suis incapable ou je n'en veux pas.* Tant mieux, je les respecte, sont honnêtes envers eux-mêmes, mais pour moi, dans ma tête avoir un enfant, c'est naturel et c'est ça le but de la vie dans le fond, c'est donner naissance. Je sais pas, pour moi c'est primordial.»

D'ailleurs pour Amélia :

«Être femme, c'est être maman. [...] Ne pas avoir d'enfant est un échec de vie.» Cette participante n'ayant toujours pas d'enfant après 11 ans de parcours considère que *«ça l'a été un échec de vie de ne pas avoir d'enfant parce que je ne suis rien... j'n'ai pas d'enfant, je ne suis rien. Faque ça, ça l'a été un travail –qui est pas tout à fait fini- à comprendre que tu peux être de quoi même si t'es pas une mère.»*

Félicia met également l'emphase sur l'importance qu'a eue pour elle et pour son épanouissement personnel le fait d'avoir un enfant :

Félicia : «Tsé quand tu sais que t'attends un enfant, toute change, tout, tout change parce que là tu te dis *j'ai rempli mon mandat.* Parce tsé je pense –pis j'en suis certaine maintenant–, je savais qu'il faudrait que j'aie un enfant dans la vie. Je savais que y'aurait quelque chose d'extraordinaire qui m'arriverait, mais je ne savais pas à quel point. Je savais que quelque chose, je ne pouvais pas passer à côté de ça, c'était sûr que j'allais devenir une mère un jour. Si j'n'avais pas été capable d'avoir un enfant avec mon conjoint bin j'aurais essayé le sperme d'un donneur. Pis si j'n'avais pas réussi avec le sperme d'un donneur, j'aurais laissé mon chum, pis je me serais faite un nouveau chum et j'en aurais eu un, un jour.»

Félicia n'est d'ailleurs pas la seule participante à avoir pensé laisser son conjoint si les échecs en PMA se poursuivaient, mais plus souvent les femmes envisagent surtout la donation de gamète avant. En fait, l'importance de la génétique versus celle de la grossesse diffère grandement selon les participantes –cependant, le temps qu'elles ont passé en clinique influence sûrement cet aspect. Presque toutes mentionnent que vivre une grossesse est important pour elles, mais certaines vont jusqu'à dire que le lien génétique avec l'enfant n'est pas d'une importance capitale, même si elles espéraient de prime abord qu'il y en ait un. C'est donc pour l'une de ces raisons que l'option de l'adoption est acceptée par certaines et refusée par d'autres.

«Intervieweuse: Ça ne vous dérangerait pas d'avoir un enfant via l'adoption?

Jennifer : J'avais un deuil à faire de dire *je le porterais pas*. C'était surtout ça. Que ça soit un enfant adopté, ça, ça ne me dérangeait pas. C'était le deuil de la grossesse que je devais faire.»

«Intervieweuse : Faque vous n'êtes pas fermées à l'idée que ça ne sera pas vous qui porterez l'enfant?

Kate : Non. [...] C'est une expérience parent-enfant pareil. C'est sûr que j'aimerais ça avoir la bedaine, mais si je ne peux pas, bin on regardera ce qui se passe après. [...] Moi si y'a une affaire qui me dérangerait un petit peu, c'est si l'enfant ne nous ressemblait pas pantoute. [...] Je le remarquerais à chaque jour que c'n'est pas le mien.»

Gevie : «Je veux me reconnaître dans mon enfant. Je veux être capable de me dire *y'a mes traits, y'a mes yeux*. Je voulais vivre la grossesse. Je voulais sentir mon bébé bouger dans mon ventre. Je voulais vivre l'accouchement. [...] Je voulais avoir une descendance. [...] Pour l'instant, pour moi c'n'était pas une option.» [Cette participante était d'ailleurs enceinte lors de l'entrevue.]

Caroline : «L'affaire de génétique je m'en fou un peu, mais j'aurais aimé ça savoir c'est quoi une grossesse. Ça, c'est vrai. Bin même quand j'étais toute petite, je me disais tout le temps *moi plus tard je vais avoir un enfant à moi pis un enfant adopté*. Parce que je voulais avoir un enfant à moi pour savoir c'était quoi une grossesse, pis un enfant adopté parce que je me disais qu'il en avait donc bin des enfants sur la terre qui n'avaient pas de parent. [...] C'est plus [mon conjoint] que lui ses gènes ça d'air bin important. Mais là avec l'adoption, y'a dû faire une petite croix là-dessus.»

Félicia : «Tsé je voulais être enceinte, je voulais accoucher. C'est quelque chose accoucher là. C'est merveilleux.»

Sarah : «La première mère d'un enfant c'est celle qui lui donne naissance. On s'est dit *bin regarde, peu importe la génétique que cet enfant-là aura, l'important c'est que je le porte*. [...] Je ne voyais pas la gravité là-dedans d'avoir un enfant qui n'était pas de mon sang. Pour moi c'était correct. Je vais lui donner le meilleur de moi-même. [...] Aujourd'hui j'ai mon propre fils pis je peux te dire que c'n'est pas pareil. [...] C'est de l'avoir porté, je l'ai eu, c'est mon sang, je me vois à travers lui. [...] C'est vraiment différent, c'est un lien que tu peux n'avoir avec personne, c'est un amour inconditionnel».

Mica : «Je me dis que dans mon processus de désir d'enfant y'avait aussi l'importance pour moi de vivre la grossesse. Y'avait ça aussi qui était important pour moi.»

Maëlle : «C'est sûr que dans ma tête je ne pouvais pas ne pas porter un enfant. [...] Ça me fallait ça.»

«Intervieweuse : Vous aviez priorisé la FIV par rapport à l'adoption, pourquoi?
Éliane : Bin si on peut avoir un enfant avec nos gènes, c'est toujours..... Le désir fondamental des parents c'est ça, c'est de transmettre le côté famille fort. C'est sûr que c'était notre premier choix.»

Dans la littérature⁸³, on lit que mondialement procréer est le moyen par lequel les femmes sont censées construire leur identité d'adulte (Cleveland 1990 : 165 et Kohler Riessman 2002 : 152). Ainsi, même si pour plusieurs femmes le lien génétique avec l'enfant est d'une importance variée, le lien gestationnel demeure primordial (Crowe 1990 : 66). Il est clair pour ces femmes qu'avoir un enfant biologiquement lié serait l'idéal, mais que si cela s'avère impossible, la gestation viendrait compenser. La dimension symbolique de la parentalité pour la femme –soit vivre la gestation dans son corps, porter l'enfant, créer un lien singulier avec lui– serait l'important. Après tout, lorsqu'il s'agit de transmettre la vie, c'est la dimension symbolique qui prime (Dudkiewicz-Sibony et al 2007 : 76). De plus, vivre une grossesse leur permettrait aussi autre chose : atteindre le statut de mère. C'est qu'encore aujourd'hui dans notre société, le terme *mère* s'applique presque exclusivement à une femme qui a une relation biologique/gestationnelle avec son enfant⁸⁴ (Crowe 1990 (b) : 37). Cet aspect de la parentalité serait d'ailleurs à questionner. Après tout, de nos jours avec la panoplie de technologies existante –et en constante croissance– il est définitivement possible d'avoir un enfant qui nous soit biologiquement lié (ou non) sans que la future mère ait à vivre la gestation. Cet aspect nous permet d'ailleurs de mettre en relief le fait que les mentalités peuvent prendre du temps avant de changer, et ce même si les options techniques sont offertes. Dès lors, une québécoise perçoit toujours qu'une grossesse est primordiale à son sentiment de plénitude.

Ici, nous pourrions aussi souligner que même si notre société considère en être une qui soit pionnière dans le domaine de l'innovation technologique, elle ne l'est pas nécessairement au niveau de la conception de son système de parenté. Après tout, plusieurs sociétés de par le monde ont développé des modes de parentalité qui nous semble

⁸³ Anthropologique.

⁸⁴ D'ailleurs, selon la loi québécoise, la femme qui accouche est la mère de l'enfant.

totallement impensable ou inacceptable socialement. Un bon exemple serait les Na de Chine qui ont un système matrilineaire et pour qui la paternité biologique est plus ou moins importante puisque le père social c'est l'oncle maternel⁸⁵ (Bates 2013). Cet exemple démontre en fait que la paternité est définie selon le contexte social et selon l'importance que l'on accorde à la figure du père biologique. Ainsi, même si dans notre société le père biologique est important et le fait de ne pas connaître son identité est troublant, de par le monde, il n'en est pas nécessairement de même. Il faut comprendre que nous sommes issus d'un système de parenté bien particulier et que celui-ci continue de modeler nos conceptions –et ce en dépit de notre poussée constante à innover. Nous demeurons une société historiquement patrilinéaire; ce qui fait que la consanguinité est un aspect primordial. Nous ne pouvons donc pas concevoir qu'une femme ait plusieurs partenaires sexuels et que l'origine paternelle de son enfant importe peu. Nous voyons donc que même si notre système de parenté s'adapte et que des nouvelles formes d'accès à la parentalité émergent, notre conception de la parenté reste ancrée dans cette trame si particulière dont nous sommes issus.

3.2 Un parent c'est quoi au juste?

La question posée à la fin de toutes les entrevues afin de conclure était : *«Pour vous être un parent c'est quoi? Quel est votre modèle parental et les valeurs que vous voulez inculquer à vos enfants?»* Voyons leurs réponses :

Maëlle : *«Avoir un enfant, c'est... tu reviens aux trucs de bases. Ce qui est plus important, c'est pas le luxe, d'avoir une grosse maison. C'est d'être heureux, d'apprécier les petites choses.»*

Jennifer : *«Ça me fascine de... qu'un petit être naît, bon déjà avec des capacités, puis une personnalité et tout, mais que son avenir soit influencé par ce que nous on peut lui apporter. Pis de pouvoir lui apporter quelque chose qui va justement l'aider, qui va lui apporter des choses, des perceptions de la vie, des outils de la vie. [...] Je trouve tellement que les enfants c'est pur, c'est simple pis on a tellement à apprendre d'eux. [...] Pour moi le rôle de parent c'est vraiment de transmettre les outils à ce petit-être-*

⁸⁵ Les Nayar et les Todas (Tamil Nadu) seraient également des exemples ethnographiques démontrant que l'importance de la paternité biologique dépend grandement selon le système culturel (Bates 2013).

là pour qu'il puisse vraiment exploiter le maximum de ses capacités, tout en respectant ses besoins à lui. [...] Je vais lui donner les outils pour qu'il comble ses besoins et qu'il s'accomplisse.»

Gevie : «L'image en fait, je trouve qu'on est un arbre; on est là pour que nos enfants puissent grimper sur nous et voir plus loin. [...] Être un accompagnateur beaucoup. De réaliser leurs rêves, leurs ambitions, ne pas leur imposer nos propres rêves et ambitions. [...] Pour moi être parent c'est donner les outils, ne pas faire à sa place.»

Isabelle : «Être parent pour moi c'est être guide. Moi j'pas là pour que mon enfant atteigne mes buts, je suis là pour que mon enfant atteigne ses buts. Pis pas nécessairement en fait, je suis là pour qu'il vive bien le chemin dans lequel il va traverser pour tenter d'atteindre ses buts. [...] Je me vois beaucoup plus comme une accompagnante. [...] Je pense qu'un bon parent c'est quelqu'un qui va être à l'écoute beaucoup des besoins de son enfant. [...] C'est de reconnaître que l'on est imparfait, que des fois on n'a pas de solution. [...] C'est d'essayer de faire de son mieux tout le temps.»

Annabelle : «C'est d'accompagner un enfant dans son développement, de l'aider à atteindre ses objectifs et de l'ouvrir sur le monde et à toutes les différentes options – tsé qu'il n'y a pas qu'un seul chemin de tracé, qu'y'a plein de choses à découvrir.»

Anne : «Pour moi être parent, c'est comme être un accompagnateur. C'est un accompagnateur, mais c'est aussi découvrir la vie dans les yeux de quelqu'un d'autre.»

Amélia : «Pour moi, un enfant c'est tellement pur, c'est tellement vrai, c'est la simplicité. Pis être parent c'est ça, faire connaître à quelqu'un le bonheur que c'est les petites choses de la vie. Aussi niaiseux qu'un coucher de soleil.»

Félicia : «Je pense que c'est donner sans compter, en ayant l'impression de recevoir. C'est vraiment ça.»

Mica : «Le parent est là pour donner à l'enfant une base de sécurité [...], d'amour –y'a rien d'idéal là, mais le plus inconditionnel possible. Pis encore une fois, d'essayer le plus possible de cultiver l'estime de soi chez l'enfant.»

Marie-Ève : «Faire comme mes parents ont fait. Faire de ton mieux. Essayer d'offrir à ton enfant tes valeurs que t'as en dedans de toi.»

Caroline : «Je voudrais être comme ma mère, c'est mon exemple. C'est une femme forte. [...] Elle s'est tout le temps battue vraiment pour nous autres, pour nous inculquer des belles valeurs. [...] Y'en a qui dise que c'est important d'avoir un père pis une mère dans une vie, ce n'est pas vrai, ma mère valait pour 50 parents. Pis tsé y'a du monde qui en ont 2 parents pis qui manque d'amour. [...] Moi si je peux être le quart de ce que ma mère a été pour moi dans la vie de mon enfant, je vais être fière de moi.»

Félicia partage d'ailleurs l'opinion de Caroline sur le modèle parental que sa mère a été pour elle :

«Ma mère moi m'a élevé toute seule, dans un contexte de pauvreté, puis je ne me suis jamais sentie pauvre. J'ai toujours eu tout ce dont j'avais besoin. Elle a tout fait toute seule. Toute seule, toute seule. Elle n'avait pas de pension alimentaire, elle n'avait pas d'aide. Elle, quand elle avait la gastro, moi elle me lisait une histoire pareille le soir. C'est vraiment, elle a vraiment, vraiment été une super maman. [...] Moi je me suis toujours sentie aimée, j'ai toujours su que j'étais super importante pour quelqu'un. Elle vraiment, c'est pas mal mon modèle.»

On constate donc que plusieurs propos revenaient de participante en participante. Par exemple : être un accompagnateur dans la vie de son enfant; revenir aux bases; outiller son enfant du mieux que l'on peut sans lui imposer nos rêves; faire comme nos parents ont fait : faire de notre mieux; etc. Tous ces propos sont d'ailleurs révélateurs de la vision de la parentalité des québécois; ils font ressortir le fait que l'enfant sert, de nos jours, à notre épanouissement personnel, mais qu'il représente aussi un être unique à qui l'on doit un amour inconditionnel.

3.3 «Et si j'aurais?»

Expliquer pourquoi la plupart des couples qui rencontrent des problèmes d'infertilité se tournent d'abord vers la médecine reproductive plutôt que vers d'autres moyens d'accès à la parentalité est assez complexe –le chapitre 2 a, par ailleurs, tenté de répondre à la question. Il faut aussi comprendre que la *Procréation Médicalement Assistée* –et toute la publicité l'entourant– incite les gens à penser que quiconque désirant devenir parent le peut (Isobel Bainbridge dans Murdoch 1990 : 67). Le pouvoir médiatique n'est pas négligeable et a un impact sur la formation des désirs et des attentes parentales (Inhorn and Van Balen 2002 : 5 et FQPN 2006 : 7). De plus, puisque l'infertilité prédomine dans le jargon médical (la stérilité n'étant plus vraiment diagnostiquée puisque des traitements la contournant existent) et est considérée comme une condition traitable, elle devient en quelque sorte un

choix; une personne peut toujours choisir d'utiliser tous les traitements disponibles⁸⁶ (Beck-Gernsheim 1989 : 37). Ainsi, les principes d'autonomie et de responsabilité individuelle, qui poussent chacun à aller au bout de ce qu'il entreprend et qui sont inculqués dès le plus jeune âge dans la culture euroaméricaine, sont très présents quand on parle de procréation (Chateauneuf 2011 : 259-260). Les personnes infertiles se doivent de prendre eux-mêmes les moyens pour remédier à leur situation, qui est non souhaitable et non désirée, et de persévérer en allant «jusqu'au bout» pour avoir la conviction d'avoir fait tout ce qui était possible de faire. Ceci se fait dans une optique de prévention de regrets et de sentiments négatifs liés à l'absence d'actions concrètes (Price 1999 : 42 et Crowe 1990 : 64). Tout avoir essayé» aide à vivre le sentiment de perte, le malheur et le chagrin. Selon certains auteurs, l'abandon et les regrets seraient des incitatifs beaucoup plus puissants que n'importe quel mandat culturel à se reproduire (Sandelowski 1991 : 41, Franklin 1998 et Cussins 1998). Les couples infertiles démontrent une haute tolérance à la douleur et aux échecs, mais une faible tolérance aux «aurait dû» et «et si». Cet aspect de devoir essayer afin d'éviter les regrets est d'ailleurs présent chez toutes les participantes à cette étude.

«Intervieweuse : Ça c'est important pour vous [d'avoir tout essayé] ?

Mica : Ouais. [...] Je ne peux pas prédire, je ne peux pas contrôler. C'est ce que j'apprends à accepter... c'est que c'est quelque chose dans notre vie qu'on ne contrôle absolument pas. Rien qu'on peut faire, bien à part les choses de bases là... Mais je veux dire tu peux pas essayer plus, tu ne peux pas. [...] Faque on se sent impuissant là-dedans.»

Éliane : «Moi je suis comme ça, j'ai souvent des regrets de *ah bin j'aurais peut-être dû.*»

Caroline : «Tsé la mère à mon chum, elle avait juste pu d'utérus donc elle n'a jamais eu l'espoir. Moi j'ai eu cet espoir-là. Je me rends compte que y'a des femmes qui l'ont juste pas l'espoir pis ça, ça me dévaste. Je ne suis même pas capable d'essayer de me mettre deux secondes à leur place. Moi j'ai encore cet espoir-là. Pis même si marche pas pis que finalement je me fais faire l'hystérotomie pis que j'adopte, bin au moins je vais pouvoir dire que j'ai eu la chance d'essayer. La chance...»

⁸⁶ Ce qui peut techniquement être sans fin puisqu'il y a toujours de nouveaux médicaments mis sur le marché ou de nouveaux agencements de médicaments et de doses qui peuvent être tentés.

Jennifer : «Je ne veux pas à aucun moment dans ma vie me dire : *j'aurais-tu dû faire un cycle de plus? J'aurais-tu dû tenter un traitement de plus?* Je veux que lorsqu'on décide d'arrêter, je me sois dite : *j'ai tout fait, j'étais à la limite –que ce soit physique, intellectuel –mental c'est-à-dire– ou encore traitement.* Mais faut qu'une des limites ait été atteinte parce que sinon je vais le regretter toute ma vie.»

Julie Snyder partage d'ailleurs cette opinion de prévention de regret qu'elle expose dans le documentaire *Ça pourrait nous arriver* :

«Moi au moins j'avais l'espoir. En fait, la fécondation *in vitro*, ça te donne un espoir aussi. Donc ça t'aide. Pis tu te dis : *si je fais 6 cycles de fécondation in vitro pis que je ne suis pas enceinte, bin au moins j'aurais essayé.* Tandis que la femme qui ne peut même pas essayer, elle toute sa vie elle va vivre avec le chagrin de se dire : *bin si j'avais pu ou si j'avais eu la chance, j'aurais peut-être eu un enfant.* Donc je pense que même si ça ne fonctionne pas, la fécondation *in vitro* t'aide sûrement à faire ton deuil parce que tu te dis : *bin j'aurais tout fait, j'aurais tout essayé.*»

La question que l'on peut se poser à ce stade est : *les femmes ont-elles réellement le choix d'essayer la PMA?* En fait, celles qui ont accès à ce type de médecine la choisissent parce qu'elles croient en leur réussite, ou veulent y croire. Si une femme veut un enfant et que les options technologiques sont là pour l'aider à augmenter ses chances d'en avoir un, alors elle échouera à remplir ses propres attentes si elle ne fait pas le saut dans les technologies d'assistance à la conception. De plus, comme vue plus tôt, la popularité de ces technologies découle de notre attachement culturel profond aux solutions technologiques pour résoudre les problèmes de la vie. L'impérative *si je peux le faire, alors je dois l'essayer* devient technocratique (Dumit and Davis-Floyd 1997 : 1-3 et 7-12). Les nouveaux traitements pour l'infertilité créent alors un nouveau fardeau : celui de ne pas essayer assez (Rothman 1985 dans Scutt 1990 : 158). Disons les choses comme elles sont, généralement, les *Technologies d'assistances à la Reproduction (ART)* demandent beaucoup de temps, sont épuisantes émotionnellement et physiquement et, aussi technologiques soient-elles, elles sont loin de toujours réussir. Par contre, elles représentent souvent le seul moyen d'avoir un enfant, pas juste biologiquement, mais tout simplement. Si elles réussissent, elles achèvent le but d'avoir un «take-home-baby», sinon le couple a au moins la satisfaction d'avoir tout

essayer. Ainsi, la popularité de la PMA ne s'explique pas par son ratio de réussite⁸⁷, mais plutôt par le fait qu'elles représentent la poursuite du succès (Franklin 1998 et 2013).

Précisons ici que les technologies sont toujours ancrées dans les institutions sociales et que les choix individuels sont toujours faits dans un système social qui récompense certaines décisions et en punit d'autres (Beck-Gernsheim 1989 : 26). En tant que choix disponibles, il arrive donc fréquemment de choisir compulsivement ce que la société sanctionne comme la meilleure alternative (Hubbard 1982 dans Beck-Gernsheim 1989 : 29). Or, la société québécoise contemporaine, comme l'ensemble des sociétés modernes, est d'abord scientifique et embrasse majoritairement l'idéologie qui promeut l'avancement et le progrès; en se tournant prioritairement vers la médecine pour pallier aux différentes dysfonctions physiques du corps humain (Chateaufort 2011 : 198). Et l'infertilité étant défini comme un problème biologique⁸⁸, le consensus social est quasi-total : la femme a la responsabilité de se soumettre à une investigation médicale et donc d'aller en PMA. Celles qui s'engagent dans ce processus d'aide médicale s'assurent donc minimalement d'une chose: elles ne seront pas coupables de ne pas avoir essayé (Ouellette 1988 : 24 et Franklin 1990 : 209). D'ailleurs, cette mythologie du pouvoir miraculeux de la médecine est si puissante que le refus d'aller en clinique de fertilité est interprété comme un signe que le couple ne tient pas vraiment à avoir un enfant. Par ailleurs, le caractère hégémonique de la réponse médicale à l'infertilité est accentué par un autre problème social : la difficulté d'adopter (nous y reviendrons) (Cleveland 1990 : 9-10).

3.4 Discussion sur l'intervention d'une tierce partie dans la concrétisation du désir

Précisons avant de commencer cette section que nous ne discuterons pas de tous les débats éthiques en lien avec l'intervention d'une tierce partie. Nous nous contenterons de mentionner les propos que les participantes ont tenus en ce qui a trait à ces options d'accès

⁸⁷ Ratio d'ailleurs assez complexe à obtenir puisque les cliniques sont loin de toutes fournir au gouvernement leurs résultats et que celui-ci ne publie pas de données de façon annuelle.

⁸⁸ Plusieurs organismes la décrivent d'ailleurs comme une maladie requérant un traitement. L'OMS et l'Association des Couples Infertiles du Québec par exemple.

à la parentalité auxquelles elles ont réfléchi ou bien qu'elles ont entrepris afin de voir ce que cela impliquait pour elles.

3.4.1 Faire appel à une mère porteuse

Lorsque la PMA ne fonctionne pas et que des années de frustration et de déception se sont écoulées, avoir recours à une mère porteuse peut constituer la dernière chance d'avoir un enfant en santé et relié génétiquement à au moins un des membres du couple. Cette option a donc été soulevée lors de quelques entretiens.

«Ça non je ne suis pas capable. Pis y'en a plusieurs qui me l'ont offert. Pis de façon vraiment sérieuse. Pis moi j'étais là *te rends tu comptes?* Ah non, moi je ne suis vraiment pas rendu là dans mon processus. J'aime mille fois mieux adopter que de faire une mère porteuse.

Intervieweuse : Pourquoi?

Caroline : Parce que j'aurais vraiment... je serais tout le temps en train de surveiller ce qu'elle fait. [...] Je serais vraiment *contrôle freak.*»

Une participante a envisagé plus sérieusement cette avenue, même si elle éprouve certaines réticences.

Éliane : «J'ai lu aussi sur internet la possibilité des mères porteuses en Ontario. J'avais réfléchi aussi l'année passée. [...] Tsé moi j'ai beau dire *c'est bon je suis prête à me payer une mère porteuse*, mais j'aime moins l'idée de c'est MOI qui ME paie une mère porteuse. [Accent mis ici par la participante.]»

Ce qu'il faut savoir c'est qu'il n'existe pas de données officielles sur le nombre de couples québécois qui ont eu recours à une mère porteuse, mais qu'ils sont plutôt rares. Les cliniques du Québec disent recevoir quelques dizaines de demandes par an, mais ce ne sont pas toutes ces demandes qui se concrétisent ou qui sont recevables. En fait, les cliniques qui sont ouvertes à l'idée n'aident pas les couples à trouver leur mère porteuse et, en aucun cas, ils n'acceptent d'utiliser les ovules de la mère porteuse (comme c'était le cas auparavant) afin de limiter le lien d'attachement de la mère porteuse envers le fœtus et les implications juridiques et éthiques en découlant.

Il faut savoir aussi que la *Loi canadienne sur la procréation assistée* ne criminalise pas la gestation pour autrui, mais mentionne que sa rémunération est prohibée. Toutefois, entre compensation et rémunération, il y a un large flou juridique et toutes les cliniques de fertilité le disent : leur rôle n'est pas de jouer à la police, alors ce qui se passe derrière les portes closes ne les regarde pas. Le législateur québécois, lui, encadre tout ce qui relève du droit civil, soit les contrats de mère porteuse, et mentionne depuis 1994 que tout contrat par lequel s'engage à procréer ou à porter un enfant pour le compte d'autrui est «*nul de nullité absolue*». Un couple québécois ne pourra donc jamais poursuivre en justice une mère porteuse qui décide de garder l'enfant, même s'ils sont les parents génétiques. C'est que, selon la loi québécoise, la femme qui accouche est automatiquement déclarée mère de l'enfant sur l'acte de naissance. Les couples québécois ont toujours le choix d'aller en Asie pour choisir leur mère porteuse, mais cela leur coûtera la modique somme de 25 000\$ –plus leurs frais de PMA et de voyage. Normalement, un enfant né de mère porteuse à l'étranger peut obtenir la citoyenneté canadienne s'il est démontré qu'au moins un des parents est génétiquement lié à l'enfant (Code civil du Québec : article 541, *Loi sur la procréation assistée* et Forget 2012 : 160-171).

En vertu des aspects éthiques, législatifs et financiers, ce ne sont donc pas tous les couples qui considèrent opter pour une mère porteuse lorsque leur situation rend cette option viable⁸⁹. De plus, nombreux sont les couples pour qui l'option n'est jamais envisagée et discutée.

3.4.2 Envisager un don de gamète

Plusieurs comparent l'adoption et la donation d'ovocyte ou de sperme, cependant il existe des différences majeures : la mère peut expérimenter la gestation et l'allaitement de son enfant, contrôler sa diète, sa prise d'alcool, de drogue (incluant la nicotine) et toutes ces autres choses qui ne peuvent pas être contrôlées lorsque la gestation se fait par quelqu'un

⁸⁹ En fait, une clinique de fertilité n'acceptera pas d'aider un couple optant pour une mère porteuse si celui-ci n'a pas de problème de fertilité diagnostiqué et si la situation médicale de la femme ne démontre pas qu'elle n'est pas apte physiquement à porter un enfant. Elle se réserve donc le droit de refuser de traiter certains patients via cette technique s'ils considèrent que la situation n'est pas propice à cette mesure.

d'autre (Mundy 2007 : 47). Tout ceci tend à rendre la donation de gamète plus attrayante pour certains couples. On dénote, par ailleurs, une certaine récurrence de thèmes lorsqu'un couple envisage de choisir un donneur ou une donneuse, tels que : la peur que le donneur s'immisce dans la relation parentale et que cela soit troublant pour l'enfant, l'importance de la génétique afin de s'identifier à son enfant, le choix entre une donation anonyme ou d'un proche, etc. Voyons ce que les participantes avaient à dire sur le sujet :

Anne : «Ce qu'on avait parlé c'est, si y'avait un problème avec le spermogramme de [mon conjoint], est-ce qu'on ferait appel à un donneur inconnu? Pis mon chum m'a surprise en disant que lui demanderait à son frère d'être notre donneur. Pis moi ça me troublait au plus haut point. [...] Je me disais, *mais je ne peux pas porter l'enfant de ton frère! Ça pas de sens.* [...] *Ton frère va me voir porter son bébé, il va nous voir élever son bébé.* [...] On n'arrivait vraiment pas à se rejoindre là-dessus. Pis lui ce qu'il me disait c'était que *c'est vraiment important pour moi que cet enfant-là ait un peu de moi.* D'avoir les gènes de son frère, y'avait un peu de lui là-dedans comme ça.»

«J'aurais aimé mieux avoir les ovules d'une étrangère [...]. Moi je serais allée peut-être pour les ovules d'Espagne, qui coûtaient 13 500\$. Ça m'aurait hypothéqué, qu'est-ce que tu veux je te dise.

Intervieweuse : Ça ne vous aurait pas dérangé investir pour ça?

Sarah : Non. Non pis y'aurait pas eu de lien de filiation. [...] J'n'aurais pas voulu savoir c'est qui. Pour pas qu'il essaye de le retracer.»

Mica : «Avec mon conjoint on avait décidé que c'n'était pas une bonne idée d'avoir une donneuse [...] qui est si proche parce que qu'est-ce que ça va avoir comme lien? [...] Comme répercussions? Tsé comme, est-ce qu'elle va vouloir s'immiscer dans l'éducation d'mon enfant? Est-ce que... est-ce que moi je vais me sentir mal parce que mon enfant lui ressemble pis me ressemble pas? [...] J'aime mieux avoir une donneuse anonyme pis avoir un peu plus de liberté par rapport à tout ça.»

Isabelle : «Cet ami-là [un de ses meilleurs amis], il nous a offert de faire un don de sperme si on voulait. Pis c'était réfléchi, c'était calculé. Tsé on a dit non parce que ça l'aurait été trop bizarre. Ça l'aurait été –pas malaisant parce que c'est la personne la moins malaisante au monde–, mais ça l'aurait pas été sain nécessairement. [...] Mais il reste que l'intention était là. C'était, oh mon dieu... pis mon chum il l'aime tellement, y'aime tellement mon ami que ça l'aurait été la meilleure des situations, si ça l'avait pas été du fait qu'on le voit et que ça l'aurait été bizarre pour l'enfant.»

Ces citations révèlent un aspect souvent mentionné dans la littérature consultée pour ce travail: que lorsqu'on parle de donation de la part d'un proche, il est ressenti que la relation

serait spéciale pour l'enfant, mais on est ambivalent à savoir si elle sera positive ou destructive. De plus, le temps est un aspect important; on craint que ce qui est compris et accepté à un moment soit remis en cause et devienne la source d'un conflit à un autre moment. Après tout, même s'il semble évident que les parents créent les enfants, il n'est pas moins vrai que les enfants créent les parents (Price 1999 et Hirsch 1999). La donation anonyme est donc souvent priorisée puisqu'elle vise à éliminer la possibilité d'une relation entre le donateur et l'enfant. L'anonymat du donneur est perçu comme important puisque de cette façon, le donneur n'est pas manifeste sous une forme réelle; seule une brève description est fournie (Becker 2002 : 124-129, Haines 1990 : 168-172 et Mundy 2007 : 114 et 198). Au Canada, la donation se fait sur une base volontaire et n'est pas rémunérée. Les gouvernements craignent donc que s'ils ajoutent le dévoilement de l'identité des donneurs en plus, plus personnes ne deviendra donneur –surtout qu'avouons-le les banques canadiennes sont déjà presque à sec (Mundy 2007).

Certaines participantes à cette étude mentionnent que leur conjoint a émis une réticence vis-à-vis le don de sperme et a apposé leur limite à ce sujet. En fait, dans la littérature, il est fréquent de lire que les hommes conceptualisent la donation de sperme comme étant un acte d'adultère; ils éprouveraient une certaine difficulté à séparer le sperme de ses formes sociales et du contexte sexuel (Price 1999 et Hirsch 1999). Ceci est, par ailleurs, intéressant et nous fait réfléchir à ce que nous avons vu dans la section sur la parenté –soit que nous sommes les héritiers d'un système patrilinéaire pour qui la paternité biologique est particulièrement importante. Voyons ce que les femmes ont concrètement dit sur le sujet :

«Intervieweuse : Faque là vous avez pensé à un donneur?

Maëlle : Bin là moi j'avais pensé à ça. Mais mon chum c'était hors de question : *C'est pas vrai que je vais avoir l'enfant d'un autre.*»

Marie-Ève : «Pas de don de sperme. Pis [si mon conjoint] veut pas le don sperme, bin je ne veux pas plus le don d'ovule.»

«On avait parlé de donneur parce que probablement que la qualité des embryons pouvait être influencés par la qualité des spermatozoïdes, puis mon conjoint, lui, je pense qu'il avait besoin de se voir dans son enfant. Moi c'était moins le cas parce que

je me disais qu'en vivant la grossesse c'est comme si ça venait un peu *by passer* ça. Mais je le comprenais vraiment beaucoup parce que je trouvais ça vraiment troublant de mixer mon ADN avec quelqu'un que je ne connaissais pas. C'est la plus grosse intimité possible. [...]

Intervieweuse : Est-ce que vous auriez vécu sans enfant à défaut de faire ça?

Isabelle : Je pense que oui. [...] Ça tranchait un peu.»

«Intervieweuse : Votre conjoint en pensait quoi justement de la donation de sperme?

Félicia : Y'était pas super chaud à l'idée. [...] Mais tsé je pense que si vraiment ça l'avait pas fonctionné y'aurait accepté.»

Toutefois, certains couples ont décidé d'essayer la donation de gamètes ou y ont pensé très sérieusement:

Éliane : «Moi je serais prête à ça parce que je me dis que si je suis prête à adopter, je suis prête à ne pas être la mère biologique. Faque rendue où j'en suis, j'en suis là. [...] Moi rendu-là, ce que je veux en date d'aujourd'hui c'est un bébé. [...] Rendu où je suis là, je suis prête à toutes les options.»

Annabelle : «Quand qu'on regardait pour les dons de sperme, on regardait pour quelqu'un qui ressemblait physiquement à mon mari pis quelqu'un qui avait une bonne éducation.»

Sarah : «On se regardait moi pis mon mari pis il me dit *j'ai l'impression de me choisir une escorte, ça l'a pas de bon sens.*»

Il faut savoir qu'au Canada, il existe trois banques de sperme commerciales (Programme québécois de procréation assistée 2013) : Outreach Health Services⁹⁰, Can-Am Cryo-services Corp⁹¹ et ReproMed⁹² (site web de la clinique Ovo et du Centre de la Reproduction de McGill). Or, ces banques achètent leurs semences majoritairement aux États-Unis, là où la rémunération pour un don est permise et où les normes sur la qualité des échantillons sont moindres. Pour choisir un donneur, le couple doit d'abord se rendre sur le site internet www.creatingcanadianfamilies.ca, puis cliquez sur *making a donor selection*. Ils peuvent alors choisir un donneur à partir de quatre listes : *European Sperm Bank, Seattle*

⁹⁰www.creatingcanadianfamilies.ca 1-866-785-4709

⁹¹www.canamcryo.com 1-888-245-3471

⁹² <http://www.repromed.ca/> 416-233-8111

*Sperm bank, Xytex et Fairfax / Cryogenic Cryobank*⁹³. Ils choisissent ensuite des caractéristiques spécifiques afin d'afficher seulement les donneurs ayant les traits recherchés. Certains des donneurs font partie du programme «Open Identity», c'est-à-dire qu'ils offrent la possibilité aux enfants d'entrée en contact avec eux lorsque ceux-ci atteignent la majorité. Toutefois, les échantillons de ces donneurs sont plus coûteux. La clinique Ovo offre également une banque de sperme interne, qui est composée de donneurs exclusivement anonymes, sans photo à l'appui et habitant au Québec. Sur le site web il y a 6 profils, qui fournissent : le numéro de profil du donneur, son origine ethnique, sa race, son groupe sanguin, la couleur de ses yeux et de ses cheveux, son poids, sa taille, son niveau de scolarité, ses intérêts, son occupation et sa religion. La clinique Procréa a également une banque de sperme interne, mais donne très peu d'informations sur son site web à ce sujet. Un couple peut toutefois opter pour les petites annonces pour trouver un donneur⁹⁴.

Pour ce qui est de la donation d'ovocytes, cela est plus complexe. En fait, le processus en soi est alambiqué puisqu'en plus de subir les évaluations de santé physique et psychologique comme pour le don de sperme, les donneuses doivent subir la majeure partie du cycle de FIV. Cela prend entre 4 à 8 semaines, selon les cycles menstruels des deux femmes et les protocoles prescrits pour chacune (site web de la clinique Ovo et Fertilys). Rappelons aussi que la rémunération est prohibée par la loi canadienne et que la cryopréservation d'ovules a des taux de réussite beaucoup moins élevés que celle du sperme. Donc, à moins de trouver une âme généreuse⁹⁵ dans son entourage, cela coûte entre 8 500\$ pour un don de l'Ontario et 13 500\$ pour un don provenant d'Espagne. La compagnie offrant cela est *Egg Helper*. Pour trouver une donneuse, il suffit de s'ouvrir un compte afin d'avoir accès au catalogue, qui fournit une photo, le pedigree et le nombre de dons de chaque donneuse potentielle.

⁹³ Fairfax Cryobank est l'une des banques de sperme les plus grandes au monde. Elle offre pour des coûts supplémentaires, des travaux faits par le donneurs, des résultats scolaires, des dossiers militaire, une description des traits faciaux, l'évaluation de la personnalité, des photos de bébé, des enregistrements vocaux et, dans quelques cas, des photos d'adultes (Mundy 2007 : 155).

⁹⁴ La Presse 12 oct. 2012 et voir le site web au <http://forum.aufeminin.com> et ses forums sur le sujet.

⁹⁵ Qui a moins de 35 ans –37 ans si la réserve ovarienne est excellente–, qui a complété sa famille ou qui a au moins un enfant et qui a un IMC en dessous de 35.

3.4.3 Adoption et donation d'embryon

On estime qu'il y a environ 60 000 embryons congelés et entreposés au Canada (Forget 2012 : 137). Les docteurs, qui craignent des poursuites judiciaires, sont réticents à l'idée de les détruire, et ce même si les patients divorcent ou disparaissent sans donner de directives et de paiements pour leur entreposage (Mundy 2007 : 7 et 305). C'est qu'en fait, au Canada, plusieurs décisions des tribunaux ont mené à la conclusion que le statut d'un embryon est celui d'une propriété personnelle n'ayant aucun aspect monétaire puisqu'il ne peut être vendu ou acheté. Un couple ayant produit un embryon en est donc le propriétaire et peut en disposer à sa guise. Quatre options s'offrent aux couples sur la façon de disposer de leurs embryons cryopréservés: 1) les garder pour une utilisation future, 2) les donner à d'autres couples infertiles, 3) les donner à la recherche⁹⁶ ou 4) les détruire (Franklin 2013). Cependant, l'utilisation qu'un couple en fera dépend grandement de comment ils conceptualisent celui-ci : comme un tissu biologique, une entité vivante, un enfant potentiel, un frère ou sœur potentiel pour leur enfant, un rappel symbolique de leur infertilité passée, etc. (Mundy 2007 : 289 et 292).

Au Québec, nombreux sont les couples qui aimeraient «adopter» un embryon. Toutefois, lorsqu'ils sont rendus à regarder cette possibilité afin d'entamer ou de compléter leur famille, ils doivent faire affaire avec une agence extérieure puisqu'aucune clinique québécoise n'a de banque d'embryon à donner. Il est donc du ressort du couple de trouver leur donneur. Il existe des banques aux États-Unis⁹⁷ et une à Hamilton en Ontario⁹⁸. Toutefois, plusieurs agences recherchent des profils spécifiques de receveurs et les coûts s'élèvent facilement à 20 000\$ (Forget 2012 : 133).

Voyons ce que deux participantes, qui ont envisagé l'adoption d'embryon, ont dit sur le sujet :

⁹⁶ Celui-ci pourrait alors servir à l'amélioration des techniques de la procréation assistée, l'apprentissage des techniques de la procréation assistée (formation des embryologistes) ou pour un projet de recherche spécifique.

⁹⁷ Le *Center For Human Reproduction, Our Fairy Godmother* et *Snowflakes*

⁹⁸ *Beginnings*

«Intervieweuse: Le don d'embryon ils vous ont dit [à telle clinique] que c'n'était pas vraiment une option?

Mica : Non. C'est ça. Y'ont dit que c'était encore plus rare que le don d'ovules pis que c'était comme ... Bin dans le fond, ils m'ont dit essaie même pas là.»

Annabelle : «J'ai fait le deuil de notre enfant génétique. Là on regarde les options pour une adoption d'embryon. [...] Avant d'aller là, je savais que je voulais aller au bout des traitements de fertilité de mon mari et moi; de notre génétique. [...] C'est la famille de donneur qui décide s'ils veulent nous faire un don à nous. Puis si c'est positif, bin là c'est à nous de décider si on accepte. [...] Je suis vraiment en paix avec ça. Je suis très réaliste; je sais que ça va peut-être marcher, mais peut-être pas aussi. [...] L'option de dire *bon bin est-ce qu'on choisit un lot d'embryon qui a déjà dans la famille d'origine et qui a déjà des dons dans d'autres familles*. Là je me disais *oh my god*. C'est parce que y'a beaucoup de ramifications, pis ça fait beaucoup de gens avec qui garder contact pis c'est une histoire pas mal compliquée pour l'enfant.»

Les participantes qui ont réfléchi à donner des embryons demeurent plus nombreuses que celles qui ont dû réfléchir à en adopter. Toutefois, la majorité d'entre elles ne s'en sentaient pas capables.

Jennifer : «J'ai d'la misère à dire *on tue ces embryons-là, on les mets aux poubelles*. Pour moi c'est des êtres vivants déjà. [...] C'est sûr que la conscience sociale en moi est très forte, le fait de peut-être donner des embryons, je ne sais pas encore.»

Amélia : «On a été égoïste, utilisons les bons termes, on a été égoïste. Parce qu'on se disait *si nous on n'est pas capable, oui on veut aider les autres à passer à travers le cheminement, mais à ce point-là?*»

Plusieurs participantes considèrent d'ailleurs utiliser ou garder pour diverses raisons leurs embryons surnuméraires :

«Intervieweuse : Là vous avez encore un embryon de congelé?

Maëlle : Là j'ai un embryon de congelé.

Intervieweuse : Est-ce que vous comptez l'utiliser?

Maëlle : Moi c'est sûr et certain. Je ne peux pas comme passer à côté. Y'en a comme un qui dort. Faut j'essaie.»

«Intervieweuse : Vous allez faire quoi avec l'embryon?

Félicia : Je sais pas encore. [...] Moi je me disais, si je peux les garder indéfiniment, bin si mettons ma fille souffre d'infertilité, cet embryon-là existe. Si elle... dans le fond c'est bâti à partir des mêmes souches qu'elle, je me disais que peut-être que...

Intervieweuse : Sauf qu'elle porterait sa sœur-frère?

Félicia : Ouais, mais si elle n'avait pas la possibilité? Peut-être que ça en serait une parce que quand ça sonne! Tsé moi si j'n'avais pas eu la possibilité pis que ma mère m'avait dit : *j'ai un embryon congelé, y'a les mêmes gamètes que toi. Oui c'est ta sœur, mais si tu le portes, c'est toi la mère dans le fond. Si tu l'accouches, tu le portes, tu le nourris.* [...] Faque je me disais *OK peut-être ça.* Sinon, pour l'instant –c'est plate ce que je vais dire–, mais je le garde au cas où. Tsé mettons si y'arrive un drame. Ouin c'est ça, je le garde au cas où. [...] Sinon je le donnerais, je le laisserais à l'université.

Intervieweuse : Vous n'avez pas pensé à le donner à un autre couple? Ça vous ferait trop bizarre?

Félicia : Non. Non, avant d'accoucher je me disais *on pourrait le donner à des gens qui en ont besoin, qui n'en ont pas.* Mais là, maintenant que j'ai mon enfant, c'est comme, non je pourrais pas te le donner, c'est comme mon enfant tsé. Tsé je sais que c'n'est pas mon enfant, mais tsé c'est parce que ça se développe cette affaire-là pis à moment donné ça va nous ressembler. Pis là je vais me dire *dans quelle famille qu'il est tombé? Comment qu'il est éduqué?* [...] J'aimerais ça pouvoir dire tsé je vais te le donner, mais... [...] C'est comme de laisser son enfant en adoption dans le fond.»

3.5 Adoption

De prime abord, il est reconnu dans la littérature⁹⁹ que les couples, lorsque confrontés à la non-venue d'une grossesse, font le choix d'aller en PMA. Cependant, l'alternative de l'adoption est souvent envisagée très tôt et les couples se doivent de discuter de cette modalité de parentalité afin de se mettre d'accord (Mazoyer et Bourdet-Loubère 2013 : 7). Les participantes à cette étude confirment d'ailleurs cela. Nonobstant, il faut comprendre que l'adoption est souvent écartée pour des raisons logistiques, morales, personnelles ou éthiques. Voyons ce que les participantes avaient à en dire :

Annabelle : «Pour nous c'est pas une option. C'est trop compliqué, pis c'est trop long. Nous c'est notre deuxième mariage, faque déjà en partant... [...] C'est aussi toutes les implications politiques aussi qui peuvent affecter les démarches. Puis je pense que c'est quelque chose qu'émotivement je ne suis pas prête, on est pas prêt, à passer au travers. [...] J'ai l'impression aussi que des fois c'n'est pas éthique. Pour moi dire : on va payer 40 000\$ pour avoir un bébé qui est plus blanc qu'une autre couleur. Tsé c'est ridicule.»

Caroline : «Je ne vois pas ça comme acheter un enfant, c'est sûr je trouve que c'est un gros montant d'argent, je trouve ça plate parce que j'aurais pris une grosse partie de cet argent-là pour mon enfant. Je trouve qu'ils auraient pu faire un juste milieu. Je ne

⁹⁹ Anthropologique et sociologique.

sais pas pourquoi c'est si cher. En Thaïlande c'est pas mal moins cher. Tsé pourquoi en Corée pis en Taiwan c'est le triple du prix, le quadruple du prix, tsé je le sais pas. Peut-être qu'ils font ça un peu pour trier sur le volet qui qu'ils veulent qui adoptent les enfants ou pas.»

Jennifer : «Nous c'est surtout l'adoption qu'on a regardée. Et encore une fois j'ai été scandalisée : j'avais l'impression de magasiner un char. Je ne peux pas croire qu'on magasine un humain. Ça me causait un *bogue* éthique en dedans de moi et surtout à voir que les prix allaient en fonction de la couleur des enfants. Ah là, là je suis venue les yeux pleins d'eau. [...] Ça m'a arraché le cœur. [...] Pis y'a des réglementations aussi que je trouvais complètement stupide. [...] Genre : je ne pouvais pas adopter en Chine parce que moi j'ai un surplus de poids et que [mon conjoint] était trop maigre. *What The Fuck?* Ça ne change rien à mes capacités pour être mère ça?!»

Isabelle : «Moi j'avais un gros blocage avec l'adoption internationale à cause du trafic humain –parce que je le sais très bien que même si on prend plein de précautions, ça l'assure pas de ne pas contribuer à ça. Pis ça, ça m'était complètement insupportable de penser qu'un enfant aurait pu être kidnappé ou calculé pour le marché de l'adoption. Tsé j'n'aurais jamais pu vivre avec ça sur la conscience. [...] Pis même si on prend toutes les précautions, les délais sont extrêmement longs. Pis je pense aussi qu'il y a tout le côté que l'adoption est très romanisée. Je pense que tsé y'a comme le cliché de la belle adoption qui fonctionne bien et bla-bla-bla. Mais qu'on parle très peu des cas d'enfants qui ont des troubles de l'adaptation sévère, qui développent des maladies psychiatriques. [...] Pis tsé j'étais tellement fatiguée et épuisée que je me voyais pas relevé ce défi-là.»

Anne : «Ça va avoir vraiment l'air égoïste –parce que même si j'ai un enfant biologique on ne sait pas, il va peut-être être malade, peu importe, on ne sait pas, on ne choisit pas sur quoi ou qui ou comment qu'on tombe là–, mais moi au CÉGEP j'ai étudié en éducation à l'enfance, j'ai travaillé en CPE pis j'en ai vu des enfants adoptés (pis je sais que c'n'est pas tout le temps comme ça), mais j'ai vu des enfants. Tsé l'attachement est difficile, le rejet est difficile, la séparation avec le parent est extrêmement difficile. C'est des défis de plus. [...] Pis l'attachement, je me questionne sur comment ça se passe. [...] Pis au Québec l'adoption c'est compliqué, à l'international c'est compliqué. Il y a des frais qui sont quand même importants que j'pas sûre qu'on serait capable d'assumer. Y'a beaucoup de pays qu'il faut être marié depuis un certain temps. [...] Pis c'est beaucoup éprouvant, c'est beaucoup d'attente. J'pas sûre, tsé je sais pas comment ça va finir pour nous, mais si ça finit que ça ne fonctionne jamais ou y'a des fausses couches ou je ne sais pas, je ne veux pas prédire le pire là, mais je pense qu'on va être déjà amoché pis j'pas sûre qu'on va être en forme pour passer à travers toutes les étapes pour adopter.»

Sarah : «Mais adopter, je vais arriver avec un enfant qui arrive avec déjà du stock dans ses valises. Moi y'est arrivé, y'avait rien dans ses valises, c'est moi qui mets les choses

dans ses valises. [...] Mais d'un autre côté, un enfant qui arriverait chez nous avec des choses dans ses valises, faudrait juste apprendre à dealer avec les choses qui a dans ses valises. Mais c'est de l'accueillir là-dedans. C'est de l'accueillir.»

Mica : «Depuis 2012, les adoptions en Asie pour les enfants qui se développent normalement –je vais dire ça comme ça là– sont fermées. [...] L'adoption est un projet auquel j'ai pensé parce que j'ai fait des appels, on en a discuté, mais ... je ne sais pas. Y'avait cet aspect-là d'avoir très probablement un enfant à besoins spéciaux. Fallait que je réfléchisse à ça, aux impacts sur nos vies pour ça. Pis y'avait juste l'histoire de l'adoption en tant que telle. D'avoir une enfant qui n'est pas de nous autres.»

Gevie : «On s'est posé la question moi et mon conjoint si on allait adopter. Moi la réponse était non. [...] Moi c'est très égoïste, y'en a qui vont me dire *non [Gevie]!* Moi je trouve ça égoïste, je veux me reconnaître dans mon enfant. [...] Pour l'instant, pour moi c'n'était pas une option.»

Félicia : «Tsé adopter un enfant qui n'est pas à toi, qui a été porté par tu sais pas qui, dans tu sais pas quelle condition. Ah non. Non. Pis je voulais un enfant qui me ressemble.»

Kate : «J'ai regardé les pays pour l'adoption. C'n'est pas évident. Y'a plein de pays qui demandent d'avoir en haut de tel âge, d'être mariés depuis tant d'années.»

Éliane : «On a pas mal discuté d'adoption dans les dernières années. À l'international, c'est tellement fermé tout partout que ça devient même pas une option dans ma tête à moi présentement. Les pays acceptent même pu de nom sur leur liste d'attente. [...] Au Québec, l'adoption régulière [...], on s'est fait dire que ça serait 6-8 ans... ça fait un an qu'on est sur la liste d'attente. Ça, on a attendu de finir 2 cycles d'*in vitro* avant de mettre notre nom. J'ai regretté. C'est comme, au départ on n'osait pas mettre notre nom parce que c'était comme dire tout de suite *ça ne va pas marcher* pis on n'était pas capable. [...] J'ai regretté d'avoir perdu 1 an parce que c'est quoi un nom sur un bout de papier? »

Nombreuses sont les femmes également à déplorer qu'on leur suggère «*adopte tout simplement*». Selon elles, les personnes qui leur disent cela ne comprennent pas grand-chose au processus et à leur désir.

Éliane : «La question que je me fais le plus posée de mon entourage quand je parle que j'ai de la difficulté à concevoir : *ah bin pourquoi t'adoptes pas?* Tout de suite, tout de suite. Les gens ne sont pas conscients. Y'a tellement eu de gens qui ont adopté des asiatiques dans les dernières années, bin y'a peut-être 10 ans, que les gens ont l'impression que ça se fait de même adopter pis que c'est facile; que tu passes ta commande pis que tu l'as la semaine d'après. Pis je passe beaucoup de temps à expliquer que non l'adoption présentement c'est encore plus dur, c'est même pu une

option pis que ça me fait chier que c'en en soit pas une. Ça je trouve ça plate que le premier réflexe ça soit *pourquoi t'adoptes pas?* Pis encore là, je trouve ça plate pour les couples qui ont à se justifier; y'en a qui veulent juste pas adopter.»

Amélia : «C'est incroyable le monde : *oui, mais faites famille d'accueil, adoptez.* Euh... y'en a pu d'adoption! Ils nous ont donné les chiffres là. Montréal, c'est un enfant, deux enfants par année pour l'adoption. [...] Pis la liste d'attente. Ils nous ont donné les chiffres. C'est en moyenne 10 ans d'attente. [...] Adopter c'n'est pas ce qu'on veut, on en veut un à nous.»

Félicia : «*Ouin, mais là vous pouvez en adopter un au Québec!* Non pas vraiment... mais tout le monde y a pensé pour nous par exemple. Le monde disait *bin vous pourriez adopter, ça ne vous tente pas d'aller vous chercher une belle petite chinoise?* Tsé les gens qui ne comprennent pas c'est quoi l'implication.»

En vertu de tous ces commentaires, on comprend que, dans le contexte actuel, cette alternative d'accès à la parentalité exige de nombreuses ressources que tous ne sont pas en mesure de fournir (Ouellette 1988 : 29). Le fait est qu'au Québec le nombre d'enfants blancs en santé disponibles pour l'adoption est en décroissance depuis que les moyens de contraception sont plus fiables et accessibles, que l'avortement a été légalisé et que les arrangements monoparentaux sont socialement acceptés. De plus, au niveau de l'adoption internationale, les couples considèrent fréquemment que l'adoption n'est pas envisageable puisqu'il y a de longues périodes d'attente, que plusieurs agences d'adoption ne les considèrent pas comme éligibles (l'âge, le poids, la religion, s'ils sont mariés, depuis combien de temps ils sont mariés, s'ils en sont à leur seconde union, etc. sont tout autant de critères évalués), que le coût financier est considérable, qu'il manque d'informations sur le père biologique ou sur les consommations de drogues et d'alcool de la mère biologique et qu'ils ressentent un malaise vis-à-vis du fait que l'enfant conçu n'est pas un enfant désiré. Plusieurs couples craignent donc que l'enfant adopté soit marqué par des problèmes de santé physique ou mentale et qu'ils n'auraient pas la force de s'occuper d'un enfant avec des besoins spéciaux. Une réaction qui est, selon une travailleuse sociale du Bureau de consultation en adoption du Québec, pour le mieux puisqu'il suffit souvent qu'un parent soit convenable pour élever un enfant biologique qui ne présente pas de problème particulier, mais pour accueillir un enfant avec des besoins spéciaux, il faut des capacités, une motivation

et une ouverture d'esprit qui sont bien plus que convenables. Mentionnons aussi que depuis que la convention de La Haye (1993) est en place et qu'elle s'assure que les pays prennent toutes les mesures nécessaires pour maintenir les enfants dans leur famille d'origine ou pour leur trouver une famille adoptive à l'intérieur du pays, le nombre d'enfants disponibles pour l'adoption internationale est en baisse. Bref, le fait que le processus d'adoption est devenu beaucoup plus dispendieux, laborieux, intimidant et restrictif exclut et/ou dissuade beaucoup de couples (Forget 2012 : 211-215, Mundy 2007 : 45-46, Ragoné 1994 : 89-102 et Sandelowski 1993 : 9).

3.6 Famille d'accueil

Dans les sociétés occidentales, les liens de parenté favorisés sont ceux qui sont exclusifs –comme vu dans le chapitre 2. Ainsi, lors d'une adoption légale, une rupture complète des liens de parenté antérieurs est privilégiée; ce que l'on nomme adoption plénière. C'est d'ailleurs ce qu'offre l'adoption internationale et qui fait défaut à l'adoption en banque mixte (famille d'accueil) (Ouellette 1998 : 155). Cet aspect d'exclusivité est ce qui rebute la majorité des participantes à cette étude ou bien qui les font voir cette alternative comme un projet de vie différent à leur projet d'accès à la parentalité.

Éliane : «J'ai incité mon chum à aller voir aussi la réunion d'information sur les banques mixtes; l'option famille d'accueil là. [...] Pour pouvoir entrer dans le processus de famille d'accueil faut que t'aïlles abandonner la fertilité. Donc on n'était pas rendu là encore dans notre processus. [...] Ils nous avaient dit qu'avec ce processus-là, si t'es accepté, 1 an et demi plus tard tu peux te faire confier des enfants en famille d'accueil dans le but d'adopter éventuellement. C'est sûr que le fait que t'aïlles jamais de garantie que tu sois pris, c'est rushant aussi. Pis ce n'est pas mon premier choix aussi pour ça parce que veut, veut pas au Québec tu peux te les faire reprendre; tu t'attaches pendant quelques années pis finalement ils te les reprennent. Ce n'est pas l'idéal.»

Mica : «[J'ai un] problème moral avec le fonctionnement de la DPJ en ce moment. Parce qu'effectivement j'y ai pensé, j'en ai discuté aussi avec d'autres amies qui sont dans le même processus que moi qui pense à ça aussi. [...] Des enfants qui rentrent dans le système pis qui sont placés de façon temporaire dans des familles d'accueil. [...] Tout ça pour moi a aucun sens –j'étudie en développement de l'enfant– ça l'a aucun sens selon moi. Ça priorise les adultes et non les enfants. Pis on le sait la

période d'attachement d'un tout petit est courte et quand le *bonding* ne se fait pas bien, bin c'est un trouble à vie.»

Félicia : «Être famille d'accueil d'un enfant qui va peut-être partir demain matin, non. Moi étant donné que j'avais déjà deux beaux-enfants, ça faisait pu parti de mes besoins, j'avais déjà accès à des enfants comme je voulais.»

Jennifer : «Je sais que pour mon conjoint ça serait trop d'avoir à dealer avec les familles que des fois tu te dis *Oh mon dieu, mais à quoi vous avez pensé?*»

Isabelle : «Pour la Banque Mixte, insupportable de penser qu'on pourrait m'enlever mon enfant auquel je suis en train de m'attacher. Ça serait pire que de ne pas n'avoir.»

Sarah : «Mais tsé d'un autre côté, si, mettons, on y va avec la DPJ, les liens restent tsé, faque c'est pas les mêmes projets, c'n'est pas les mêmes choses. [...] C'est vraiment des projets de vie différents, avec des défis différents, avec des impacts différents.»

Marie-Ève : «Moi j'avais peur qu'ils me confient un enfant pis qu'après ça il s'en aille... Je ne sais pas. [...] On n'a pas été capable de donner suite à ce projet-là. [...] Éventuellement, ce projet-là je ne le mets pas de côté. [...] J'n'étais pas prête à ça, mais peut-être plus vieille j'aimerais ça accueillir des enfants et des ados qui n'ont pas de famille. [...] Mais pas en bas âge. J'aurais d'la misère je pense. Bin justement à cause de l'attachement.»

Gevie : «Pour moi c'est plus donner au suivant que mon propre enfant. [...] Je me vois plus comme un adulte en qui ils font confiance.»

Annabelle : «Famille d'accueil, on n'est pas contre. En fait, si on avait à adopter, ça serait peut-être plus au Québec. Mais vraiment, ça ne serait pas dans l'optique à ce moment-là d'être parent ou d'être mère. Ça va être plus dans l'optique d'aider un enfant; plus que de dire *on agrandit notre famille*. Si ça l'arrive, tant mieux, mais je ne veux pas partir avec l'idée que je vais devenir mère.»

Ainsi, cette option a rapidement été écartée par les femmes rencontrées et aucune n'était sur une liste d'attente de la DPJ au moment des entrevues. Il semble que leur désir de parentalité exclusive était trop fort pour leur permettre de considérer cette option comme viable –et ce même si le taux d'enfants de la Banque mixte qui retournent dans leurs familles biologiques est très faible.

3.7 Médecines douces

Plusieurs des participantes –en fait presque toutes– ont eu recours à des techniques associées à la médecine douce comme complément à leur processus de PMA. L'acuponcture

est de loin la technique qui a été le plus essayée. D'ailleurs plusieurs cliniques de fertilité et associations pour les couples infertiles ont des dépliants ou des affiches sur le sujet, incitant dès lors les femmes à tenter cette technique. Une étude est d'ailleurs en cours en France sur l'effet de l'acupuncture en PMA (document *Quand l'enfant se fait attendre*). Concrètement, cette technique est censée accroître le flux sanguin vers l'endomètre et ainsi faciliter la nidation de l'embryon (Forget 2012 : 75). Voyons ce que certaines participantes ont tenté et avaient à dire :

Félicia : «J'avais acheté des vitamines à mon mari pour que tsé... Du zinc, toute sorte d'affaires. Plein d'autres trucs, des antioxydants, toute la patente. Pour finalement que ça ne donne rien.»

Éliane : «J'ai un esprit très cartésien –comme que je disais ça me prend des preuves scientifiques– faque acupuncture, ostéopathie, etc. tsé j'n'avais pas goûté à ça vraiment. Pis je trouvais que c'était une façon d'un peu soutirer de l'argent aux gens qui étaient vulnérables dans un sens, mais je me suis dit *là je veux pas rester avec l'idée que si seulement je l'avais essayé peut-être que ça l'aurait marché*. [...] J'ai fait un cours aussi de yoga hormonal.»

Caroline : «J'adore ça l'acupuncture, c'est malade. Ça fait tout. Je ne croyais pas à ça avant. [...] Je ne sais pas si ça l'aide pour l'infertilité, tsé j'ai comme pas de preuves de ça. C'est dur de dire si ça marche ou pas. Mais pour ce qui est de la relaxation, des douleurs X, du sommeil, de la digestion, c'est incroyable.»

Amélia : «*Va t'acheter de la vitamine C pis du Maca et des produits naturels, prends ça pendant trois mois, tu vas tomber enceinte*. [...] Tu t'accroches à n'importe quoi comme espoir faque elle a dit *je suis allée le chercher et je suis tombée enceinte*. Pis elle l'a dit à 3-4 personnes qui sont tombées enceinte suite à ça. Faque quand elle me l'a dit, je me suis *bin je perds rien, c'est des vitamines tsé*. On l'a essayé pendant trois mois et je ne suis pas enceinte.»

Anne : «Moi j'étais suivi en acupuncture depuis qu'on a commencé à essayer. [...] J'ai vu une naturopathe en début d'année, avant qu'on commence à essayer. Elle, elle m'avait demandé 6 mois avant que je commence à essayer pour vraiment comme faire un ménage et tout ça. Pis j'ai juste dit comme *non*. J'ai pas dit *t'es folle là*, mais quasiment. Tsé moi j'ai envie maintenant, on n'est pas encore en train d'essayer pis tu me demandes de repousser ça de 6 mois? Tsé ça ne fittait pas.»

Ainsi, nombreuses sont celles qui essaient des techniques de médecine douce, mais toujours en complémentarité avec la PMA et non pas comme premier recours exclusif. De plus, cette incursion dans le monde de la médecine douce se fait souvent dans l'optique de

prévention de regret et d'évitement de «*et si seulement j'avais essayé*» qui caractérise le monde de la PMA et de l'infertilité.

En conclusion, nous avons vu que pour plusieurs femmes de cette étude, devenir mère et permettre à leur conjoint de devenir père est perçu comme ayant le potentiel de leur faire ressentir un sentiment de plénitude et toutes celles rencontrées semblaient extrêmement déterminées à y parvenir. Or, afin de concrétiser ce désir et certaines décisions, il est souvent choisi d'aller en PMA avant tout –comme mentionné et explicité plus haut. Nous verrons donc comment les femmes décrivent leur parcours en cliniques.

Chapitre 4 : L'expérience en cliniques de fertilité

Lorsqu'une femme décide de consulter en clinique de fertilité, elle peut se faire conseiller par son médecin de famille, un ami, un proche ou faire ses propres recherches afin de choisir où elle ira. Au Québec, ses choix sont les suivants : 1) Cliniques Procréa (Québec, Montréal, St-Hubert et Granby), 2) Clinique Ovo (Montréal et Québec), 3) Centre de procréation Fertily (Laval), 4) Centre Hospitalier Universitaire de Québec, 5) Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, 6) Centre Hospitalier Universitaire de Montréal, 7) Centre hospitalier de Ste-Justine, 8) Centre universitaire de santé McGill, 9) Clinique OriginElle (Montréal), 10) CSSS de Trois-Rivières et 11) Centre de Fertilité de Montréal. Toutefois, il faut savoir qu'une fois décidée à entrer dans un programme de PMA, sa vie deviendra un tourbillon de rencontres chez le docteur, de visites à l'hôpital, de tests, d'examens invasifs, de chirurgies, de déceptions, d'espoir et de désespoir (Scutt 1990: 4). C'est que les principes de la conception assistée, contrairement à ceux de la conception naturelle, incluent la douleur, pas le plaisir; la séparation, et non l'unité; l'exposition publique, pas l'intimité; et l'artifice au lieu de la spontanéité (Sandelowski 1993 : 122). La *Procréation Médicalement Assistée* est souvent décrite comme un processus confus, stressant, rempli de temporalités disjointes (bureaucratique, cyclique et biologique), de montagnes russes émotionnelles, de décisions difficiles, de procédures, de jargons médicaux et de chaos métabolique. L'expérience, en soi, est pleine d'ironies et requiert un haut niveau de conformité et d'engagement envers les

traitements (Franklin 2013 et Cussins 1998). Même les cliniques le disent, le parcours en clinique n'est pas de tout repos (site web de la clinique Procréa). La littérature¹⁰⁰ est également remplie de preuves démontrant que les couples allant en clinique subissent un stress considérable et trouvent les traitements invasifs (Greil 1991 et Hammer-Burns & Convington 1999 dans Daniluk 2001 : 122). En fait, de ce que sait la majorité des gens sur la fécondation *in vitro*, il s'agit de deux gamètes qui se retrouvent dans une éprouvette (ce qui est, par ailleurs, faux comme nous l'avons vu dans la section 2.3.2). Mais pour les couples qui sont en traitement, ce sont surtout de nombreux rendez-vous à la clinique, des piqûres, des tests, des examens, des prises de sang et de l'attente perpétuelle –des résultats, des embryons, du test de grossesse et de l'arrivée d'un enfant dans leur vie. Une autre difficulté majeure auquel se butent les couples est l'assimilation et l'intégration d'une masse considérable d'informations pas évidente à comprendre (site web de la clinique Procréa). C'est tous ces aspects que nous verrons dans cette section.

4.1 Historique de l'infertilité

«Once upon a time, there was a man and a woman. They met, fell in love and married. And very soon they decided to have a family. They made love, and within a year, their first child was born. That one was very soon followed by others. And they lived happily ever after. This is a fairy tale. For millions of people [...] it is as patently fantastic as Sleeping Beauty»¹⁰¹.

Cette citation est révélatrice de ce que la plupart des gens pensent de la procréation : que celle-ci est facile à accomplir et qu'elle se doit même d'être contrôlée pour éviter qu'elle n'arrive inopinément –d'où la popularité des contraceptifs. Ainsi, de façon générale les femmes assument avoir le contrôle sur leur fertilité et s'attendent à tomber enceinte relativement rapidement après avoir arrêté l'utilisation de contraceptifs (Daniluk 2001 : 125). Toutefois, les aléas de la vie étant ce qu'ils sont, plusieurs des participantes à cette étude ont rapidement déchanté après plusieurs mois d'essais naturels infructueux. En fait, dans tous les cas, leur démarche a été plus médicalisée et plus longue qu'elles ne l'escomptaient –ce qui a

¹⁰⁰ Anthropologique, sociologique et psychologique.

¹⁰¹ Quindlen, A. (1987, June). Baby craving, *Life*, page 23-42

eu pour effet d'affecter toutes les dimensions de leur vie (nous le verrons dans le prochain chapitre) et de modifier l'expression et l'intensité de leur désir d'enfant (Ouellette 1988). Prenons un instant pour regarder comment les participantes pensaient que leurs tentatives se solderaient :

«Intervieweuse : Donc vous arrêter [votre contraception]?

Jennifer : Oui. J'arrête. Pis dans ma tête dans trois mois je suis enceinte gros max. Tsé c'est comme, ils disent d'arrêter la pilule trois mois avant pis après ça commencer à s'essayer et tout le kit. Pis tsé moi je fais comme : *pourquoi ça ne marcherait pas comme tout le monde tsé? Pourquoi moi?* Dans ma tête ça allait marcher. Premier mois : pas de règle. Ah wow! Ça l'a marché, on fait un test de grossesse : négatif. Bon ça se peut. Mon cycle est mélangé, le temps que ça reparte parce que j'avais pris des anovulants depuis que j'avais à peu près 10-11 ans parce que j'avais des grosses, grosses douleurs menstruelles et que c'était épouvantable. [...] Bin là au bout de six mois, toujours pas de règle. Bin là, à moment donné! Il se passe quelque chose, on va aller voir un médecin.»

Éliane : «Je ne pensais pas avoir autant de misère à tomber enceinte. [...] J'ai arrêté la pilule, j'ai commencé à me douter qu'il se passait quelque chose parce que veut, veut pas [...] je connais c'est quoi un cycle menstruel. Le cycle comme tel, moi avoir des cycles qui durent 45 jours, après une couple de mois ça l'a comme fait *non, y'a quelque chose qui ne marche pas, c'n'est pas normal*¹⁰².»

«Intervieweuse : Vous, avant de vivre tout ça, vous vous disiez qu'avoir des enfants ça serait facile?

Maëlle : Bin oui. On se dit toutes que ça va être naturel.»

Isabelle : «On se croit tous fertile par défaut, pis c'est normal. Pis c'est juste comme une réalité différente. C'est de la naïveté un petit peu.»

Anne : «On a tellement l'idée que c'est facile devenir enceinte parce que y'en a plein qui tombent enceinte et que ce n'est pas planifié. [...] Sauf que dès le départ quand ça marche pas, même si y'avait le *bin peut-être que ça ne marchera pas* (parce que j'en vois d'autres que ça ne marche pas), y'avait une espèce de naïveté de *bin non ça va marcher*.»

Toutefois, certaines participantes ont eu un diagnostic avant même d'essayer d'avoir des enfants avec leur conjoint. Donc, dès le départ, leur espoir d'une conception naturelle n'était pas très fort.

¹⁰² Rappelons qu'un cycle menstruel normal varie entre 21 et 35 jours.

Caroline : «J'n'ai pas eu le temps d'attendre mon deux ans d'essais pis de me demander *pourquoi ça ne marche pas*. Je le savais en partant que ça marcherait pas super bien pis que ça prendrait un processus. Je savais que ça ne tomberait pas naturellement, [mon médecin] me l'avait dit. [...] Elle a dit *on va se dire les vraies affaires, dans ton cas c'est impossible*. Faque je lui ai dit *ah bin j'aime beaucoup ta franchise*.»

«À 18 ans, je l'ai su parce que justement mes règles n'étaient pas régulières. J'ai consulté, je voulais savoir qu'est-ce qui se passait, qu'est-ce qui en était. Pis là on m'a diagnostiqué avec les ovaires polykystiques. Faque à 18 ans on m'a dit que *bien euh ça se peut que tu n'aïlles pas d'enfant*.

Intervieweuse : Qu'est-ce que ça vous a faite?

Sarah : Ça m'a fait un choqe épouvantable, moi je me voyais avec beaucoup d'enfants tsé, j'en voulais beaucoup.»

Gevie : «À 25 ans, j'avais un autre conjoint. Ça faisait 5 ans qu'on était ensemble et on ne se protégeait pas, mais on ne voulait pas nécessairement d'enfant à cette époque-là, mais on se disait si y'en a un tant mieux¹⁰³. [...] Sauf qu'après 5 ans, on ne se protège pas, y'a pas d'enfant, faque on s'est dit y'a peut-être un problème quelque part. Donc on est allé consulter. [...] De mon côté, y'avait une trompe de bouchée.» Plus tard, lorsqu'elle a consulté avec son conjoint actuel, elle affirme qu'elle : «avait le jackpot; j'avais une trompe de bouchée, j'avais des adhérences, j'avais de l'endométriase et j'avais un kyste d'un diamètre de 4 cm sur un ovaire.»

L'importance du diagnostic et la nature de celui-ci varient de femme en femme, mais lors des entrevues dans le cadre de ce projet, toutes ont ressenti le besoin d'en discuter sans que la question ne soit nécessairement posée. Ainsi, certaines se sont vues diagnostiquer une cause :

Mica : «Ce que les médecins disent, c'est qu'apparemment, parce que ma réserve ovarienne est basse, ça veut dire que la qualité des ovules est moindre».

Caroline : «J'avais vraiment beaucoup mal au ventre depuis plusieurs mois. [...] J't'allée voir mon ancien gynécologue [...] pis lui a vu que j'avais vraiment une grosse bosse dans l'utérus. C'était gros comme un pamplemousse. [...] Je suis allée me faire faire une laparoscopie pour enlever cette grosse masse-là. Pis quand la chirurgienne était rendue dans mon abdomen, elle a vu que j'avais de l'endométriase sévère grade 4. Ça, elle l'avait pas vu avant (c'est sûr ça se voit pas nécessairement super bien). Faque elle a brûlé ce qu'elle pouvait brûler, elle a cautérisé ce qu'elle pouvait. [...]

¹⁰³ Cette phrases est intéressante ici puisqu'elle vient confirmer ce que les textes de Greil et al. affirment –soit l'importance du facteur désir dans la définition de l'infertilité.

Sauf qu'elle a dit *bon t'en a vraiment beaucoup, j'ai pas réussi à tout soigner. Pis ton fibrome était vraiment gros. Faque je ne pense pas... ça l'a déformé beaucoup ton utérus.*»

Pour d'autres, c'est le conjoint qui est à la source de l'infertilité de leur couple –ce qui n'empêche pas que ce soit elles qui doivent subir les interventions cliniques. Toutefois, ces femmes considéraient qu'ultimement subir les interventions de PMA en valait la peine afin d'avoir un enfant avec le conjoint qu'elle considérait être un futur bon père pour leur enfant :

Maëlle : « [Ce que son conjoint lui a répondu lorsqu'elle lui a parlé de son désir d'enfant] *Bin tsé ça se peut que je sois stérile avec la chimio que j'ai faite. [...] Au pire j'en ai de congelé, ils me l'ont proposé avant ma chimiothérapie de faire des prélèvements pis d'en congeler.*» «Autant qu'avant, moi je m'en foutais un peu, c'était primordial, je veux des enfants. Le conjoint on dirait que c'n'était pas vraiment important. Mais là j'étais prête à faire tout ça pour n'avoir avec lui.»

Félicia : «On a fait un spermogramme suite à son opération [la vasovasostomie]. [...] Pis le médecin, l'urologue, nous a dit que j'avais autant de chance de tomber enceinte qui si on prenait la pilule et le condom. Faque ça l'a été assez brusque.»

Annabelle : «Au début, ils nous ont dit que c'était à cause du sperme de [mon conjoint] qui était... qui n'avait pas un assez bon compte de spermatozoïdes; ils disaient que peut-être qu'avec l'âge ça l'avait chuté.»

Pour d'autres encore, les deux membres du couple ont reçu un diagnostic. Selon la situation, cela a été plus ou moins bien pris.

Isabelle : «Avant [mon conjoint] était avec une autre fille pis y'avait commencé à faire des plans d'avoir un enfant pis ils se sont rendus compte qu'il était infertile. [...] Donc il a eu une petite opération pour essayer de corriger ça. Pis finalement, ça l'a aggravé sa situation. [...] On a poussé les tests pis on s'est rendu compte qu'en plus qu'il était OAT¹⁰⁴, bin y'avait un taux de survie très faible. Au bout de tant d'heures, y'en avait pu. Y'étaient presque tous morts finalement ses spermatozoïdes.» «[Mon conjoint] avait beaucoup de sentiment de culpabilité au départ. Il m'a même avoué, quand j'ai eu mon diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques, que ça l'a un peu soulagé. Y'a comme... y'a dit *Bin c'est pas correct de dire ça, mais ça me soulage un peu de ne pas avoir toute la pression, la culpabilité.*»

Jennifer : «Faque là on me déclare ovaires polykystiques vraiment... pas extrêmes là, mais quand même assez sévères. [...] On a découvert que j'avais des nodules sur la

¹⁰⁴ Oligo-astheno-téatospermies définies par l'insuffisance de nombre, de motilité ou l'anomalie de la forme des spermatozoïdes.

thyroïde. [...] Au niveau de mon conjoint, on a découvert qu'il avait, au niveau des spermatozoïdes, une quantité diminuée à cause d'une varicocèle. [...] J'ai un problème de fertilité, mon chum en un, pis en plus on n'est pas compatible ensemble?! La vie est contre nous là! On s'entend là? Dieu, Bouddha, Allah, tout le monde est contre nous!»

Dans le même sens que ce que Jennifer affirme, une des participantes qui a reçu un diagnostic était rassurée de savoir qu'au moins ce n'est pas les deux membres du couple qui étaient diagnostiqués infertile :

Caroline : «Lui tout est beau de son côté. [...] Même que ça d'l'air que c'est faramineux et merveilleux. *Ah non c'est moi le problème* [petit rire]. Bin au moins je suis bien contente parce que si fallait que ça l'aille pas bien des deux bords, je serais bin découragée.»

Quelques participantes n'ont pas reçu de diagnostic, ou ne considèrent pas que celui-ci est pertinent pour leur situation :

Marie-Ève : «Y'ont trouvé pleins de choses [un utérus inversé, une réserve ovarienne basse pour son âge, une trompe de bouchée], mais aucun qui a rapport avec le problème que j'ai [des fausses couches à répétition].»

«Intervieweuse : Puis vous votre diagnostic?

Éliane : J'n'en ai pas. C'est ça le problème. En fait, j'ai des ovaires polykystiques, mais c'n'est pas un cas très, très lourd –j'n'ai pas plein de poils dans la face [petit rire]. Non, mais c'est vrai, c'n'est pas un cas si lourd que ça.»

Amélia : «On n'est pas infertile. Les deux ont est fertile. Les deux on est compatible. Monsieur le spermogramme est parfait. Oui y'a mon surplus de poids, oui y'a mon âge qui nuit, mais c'est surtout la grossesse ectopique qui a nuit. C'est surtout ça. Faque des fois je me dis *c'est pas drôle, je ne peux pas avoir d'enfant parce que j'ai été enceinte.*»

Anne : «Mon utérus est beau, mes trompes sont belles, mes ovaires sont beaux, j'ai plus de follicules que la normale. Faque y'a aucune raison. Faque on est retourné dans son bureau, pis il nous a dit que c'était de l'infertilité inexpliquée parce que le spermogramme aussi est beau. [...] Je trouve ça d'autant plus frustrant qu'on se fait dire *bin y'en a pas de problème*. Mais pourtant ça ne fonctionne pas?! Faque tu te dis, si y'en a pas de problème, pourquoi ça ne fonctionne pas? Pis pourquoi ça ne se fait pas juste comme c'est supposé se faire? [...] J'ai envie d'avoir un diagnostic, j'ai envie d'être sûre.»

Le commentaire d'Anne s'explique par le fait que certaines femmes sont extrêmement soulagées d'apprendre qu'il existe une cause biologique à leur infertilité afin d'expliquer leur situation et d'apaiser leur frustration et leur sentiment d'échec (Ouellette 1988 : 24). Cette participante a d'ailleurs trouvé difficile d'apprendre que son conjoint était fertile:

Anne : «Quand j'ai vu que son résultat du spermogramme, j'étais toute seule, il était parti au travail [...], j'ai trouvé ça difficile. J'ai pleuré quand j'ai vu que tout était beau alors que ça devrait être l'inverse?! [...] Mais pour moi c'était comme *bin c'est moi le problème.*»

Toutefois, ultimement peu importe que ce soit l'homme, la femme ou les deux qui reçoivent un diagnostic puisque l'infertilité demeure ancrée dans la conjugalité. C'est d'ailleurs en la concevant comme un phénomène conjugal que le membre du couple qui est fertile réussit à : 1) être solidaire à celui qui est «responsable» de l'infertilité du couple, 2) accepter la condition de son couple et 3) dépasser sa propre capacité de reproduction afin de renoncer à la possibilité d'être fertile avec un autre partenaire (Chateauneuf 2011 : 178-179). Ce point est d'ailleurs en lien avec certains propos mentionnés dans la section sur la parenté – soit que la reproduction continue d'être conceptualisée dans le cadre d'une relation conjugale et non pas individuellement (et ce même si la technologie le permettrait de nos jours).

4.2 Les tests, examens et traitements

Au niveau des tests, des examens et des traitements qu'elles ont dû passer tout au long de leur parcours en clinique de fertilité, toutes les participantes avaient quelque chose à dire:

Anne : «Les «de base» pour en clinique (les tests qu'ils font passer à tout le monde), des tests invasifs –que je trouve invasifs.»

Mica : «C'est super invasif ces traitements-là! T'as comme les jambes écartées, y'a une lumière, y'a des gens qui passent.»

L'hystérosalpingographie est l'un des tests que les femmes ont considéré comme étant le plus douloureux:

Jennifer : «Et puis là, je réussis à avoir une place au public et rapidement [...] J'arrive là et puis là je rentre dans la salle, je m'installe en position gynécologique, bien évidemment. Le médecin rentre. Il me dit à travers son masque : *je m'appelle* [mots incompréhensibles] parce que c'est à peu près ça que j'ai compris. C'est tout. Il s'en va au bout. [...] Tsé on s'entend, à ce moment-là j'ai déjà passé plusieurs examens gynéco pour tous mes problèmes. Et c'est là façon que j'ai décrit à mon amie, je me sentais comme si j'étais un jambon qu'on badigeonnait. C'était vraiment ça. Aucun respect, aucune délicatesse. [...] Faque là, il fait l'examen. Et j'ai eu la pire souffrance de ma vie et je peux le certifier après, pire qu'une césarienne. Une douleur.... Je pleurais, y'a personne qui s'en souciait, même l'infirmière s'en foutait. [...] C'est comme si moi j'n'existe pas, mon être se résume à mon vagin. [...] Ils m'ont même pas rien donné pour que je m'essuie, je suis toute pleine de liquides. Tsé là, une histoire d'horreur. [...] Je ne suis même pas capable de me rendre jusqu'à la voiture parce que je contracte tellement qu'ils m'ont irrité. Je suis comme pliée en deux. [...] Au bout de quelques jours, je retourne travailler. Pis là je ne me sens pas bien, je fais de la fièvre, je saigne, c'est épouvantable, j'en ai des faiblesses au travail. [...] Je m'en va à l'urgence, je vois un médecin là de l'urgence qui me fait des tests et tout ça. Il me dit : *écoute, t'as clairement une inflammation épouvantable au niveau de ton utérus. Je ne sais pas qui t'a fait cet examen-là, mais ç'a été fait vite et avec difficulté et puis on t'a pas épargné.*»

Amélia : «Suite à l'ectopique, ils m'ont fait faire plein d'autres tests –comme l'hystérosalpingographie. [...] Mais tsé une hystéro ça te tente pas... faque moi j'ai pris plusieurs mois avant de me décider à y aller. J'ai perdu du temps, j'ai perdu au moins 1 an et demi avant de me décider d'y aller.»

Au-delà de la douleur physique qu'infligent plusieurs des tests «de bases», plusieurs femmes ont mentionné que commencer des traitements de PMA constituait le début de l'anéantissement de leur intimité personnelle et relationnelle puisqu'elles auraient désormais à subir de nombreux tests gynécologiques par différents médecins et que l'intimité sexuelle, généralement expérimentée par les couples serait, dans leur cas, monitorée par des médecins. Voyons ce qu'elles ont dit concrètement:

Jennifer : «Et là commence le début de : *tu n'auras plus aucune intimité, aucune dignité.*»

Amélia : «C'était la première fois moi là qu'à part mon chum... bin je peux-tu te dire que là j'ai –c'est une manière de parler– quasiment pu de gêne. Écoute j'ai vu peut-être, en 11 ans, une vingtaine de médecins. Stagiaire par-dessus stagiaire...»

Caroline : «Y'a tellement de personnes qui m'ont vu là que j'ai pu zéro inhibition. J'ai dit à ma mère à moment donné *tsé y'a tellement de résidents qui passent dans les hôpitaux, des fois sont 10 en avant de toi*. Faque j'ai pu d'inhibition. J'ai dit à ma mère *je suis sûre que je croise mon médecin dans rue, il ne me reconnaîtra pas, faudrait je baisse mes culottes tellement qui me voit juste de même.*»

Félicia : «Mon chum lui, par contre, il te dirait sûrement que ça lui fait encore de la peine aujourd'hui qu'on n'ait pas conçu notre enfant dans notre lit. [...] Y'aurait aimé ça que la conception de notre enfant ça soit quelque chose d'intime; entre nous deux. Mais là, y'a comme 8 infirmières, 3 médecins, 2 embryologistes tsé.»

Lorsque les couples décident d'entrer en clinique afin d'entamer des traitements de PMA, c'est qu'ils acceptent implicitement «d'aider» la nature pour concevoir un enfant. Toutefois, ils établissent simultanément des limites à ne pas dépasser (Chateauneuf 2011). Au début, ces limites sont plutôt faciles à poser et à respecter parce que chaque couple croit que les traitements vont fonctionner pour eux (Daniluk 2001 : 126). C'est d'ailleurs ce que croyait Isabelle : «*On a pris un rendez-vous pis là on se disait : ça va aller vite! Tsé c'est juste un problème du côté de l'homme. [Petit rire] Tsé on était naïf là.*» Or, plus le temps avance, plus il leur est difficile d'adhérer à la limite qu'ils s'étaient initialement fixée au niveau du nombre et du type de traitements qu'ils sont prêts à faire (Crowe 1990 : 64). C'est qu'il est ardu de déterminer le moment où assez, c'est assez. Lorsque l'on parle d'infertilité, la frontière est très mince entre la persistance et l'obsession. Théoriquement, les couples ont toujours la possibilité et le pouvoir de mettre une fin à leur attente, mais concrètement, ils s'en sentent généralement incapables sans enfant (Sandelowski 1993). Ainsi l'idée, largement répandue, selon laquelle les couples seraient prêts à tout pour avoir un enfant biologique, est partiellement vraie puisqu'il demeure qu'ils ont certaines limites (Chateauneuf 2011b : 7). Voyons ce que les participantes avaient à dire sur leur limite :

«Intervieweuse: C'n'était pas un enfant à tout prix, c'était un enfant dans les bonnes circonstances?»

Mica : Ouais pis c'est encore comme ça. [...] Effectivement oui des enfants, beaucoup, beaucoup, j'en veux beaucoup, beaucoup, mais pas à n'importe quel prix.»

«Intervieweuse : Est-ce que vous avez pensé à toutes les possibilités? Tsé on parlait tantôt de donneur de sperme, don d'embryon, don d'ovules, mère porteuse.

Félicia : Non.

Intervieweuse : C'était donneur de sperme la limite?

Félicia : Ma limite était là. Vraiment.»

Éliane : «J'n'ai pas déterminé ma limite dans ma tête encore est où. J'essaie fort, mais ça ne se fait pas tout seul. [...] Y'aura jamais de limite aux nombres de FIV que je pourrais tenter. Tsé c'est toujours bin nous autres qui va décider *bin là c'est assez*. Mais je ne sais pas qu'est-ce qui va faire que là ça va être assez. Après ma 2^{ème} FIV, je ne comprenais pas encore quand je lisais que des patientes avaient abandonné en cours de route. [...] Après la 3^{ème} [FIV], la 2^{ème} fausse couche, je l'ai eu *rough* celle-là. Celle-là j'ai trouvé ça plus difficile, j'étais pu sûre que je voulais en faire d'autre. Le prix à payer psychologique devenait assez élevé.»

Jennifer : «Ça honnêtement je pense que ça l'aurait été ma limite. Tsé une fausse couche tu peux passer à travers, deux tu peux passer à travers, mais à répétition je pense que non. Ça, ça l'aurait été ma limite à moi de dire *non là j'arrête*.»

Gevie : «Je m'avais mis une barrière, si rendu à la fécondation *in vitro* ça ne fonctionnait pas, c'était *bon bin just too bad, on n'aura pas d'enfant*. [...] Je me disais *si la nature ne veut pas c'est parce que y'a une raison*.» [Cette participante a toutefois fait un cycle de FIV avant de tomber enceinte.]

Anne : «Jusqu'où on est prêt à aller, c'n'est pas clair. [...] Est-ce qu'on va aller au bout de toutes les possibilités? Je ne sais pas. [...] Pour l'instant c'est étape par étape, mais à tout prix? Je ne sais pas... [...] Pour en revenir à la première question de *jusqu'où on serait prêts à aller*, tsé pour la fécondation *in vitro*, j'n'arrive pas à me le mettre dans la tête. C'n'est pas comme ça que c'est supposé se passer. Tsé le *c'est supposé*, je sais que ça veut rien dire là, mais c'n'est pas comme ça que ça se fait un bébé.»

D'autres participantes partageaient d'ailleurs l'opinion d'Anne sur le fait que la PMA n'est pas un moyen complètement «naturel» de procréation :

Amélia : «Tout ça c'est quelque chose de compliqué dans un sens parce qu'on sort du naturel. Tsé le naturel c'est quoi : un homme une femme font l'amour et y'ont un enfant. Faque aussitôt que tu sors de ça, c'est des questionnements.»

Félicia : «Ton corps n'est pas supposé de, premièrement, produire 13 ovules dans un mois des deux bords, pis de se faire vider ça à l'aiguille. Pis là 5 jours plus tard, tu reviens te faire transférer un embryon pis là ton corps est encore en agression.»

Marie-Ève : «Tu forces la nature dans l'fond.»

Caroline : «La première fois que j'ai eu mon traitement, j'étais un peu *zinzin* pis ils étaient comme 7 dans la salle d'opération pis t'as les jambes écartées, ton chum est

là. J'ai regardé le médecin et j'ai dit *ayoye, moi ma mère quand qu'elle m'a expliqué comment faire des enfants, c'était un monsieur pis une madame qui s'aiment. Je ne pensais pas qu'il fallait être 7 professionnels de la santé pour faire un enfant.*»

Ce qu'il faut comprendre c'est que la dimension technique se trouve amplifiée lorsqu'interviennent les méthodes proposées en clinique et que ces techniques font intervenir un troisième acteur : le médecin (Chateauneuf 2011b : 7). La reproduction devient ainsi «*sans sexe, mais avec un docteur*» –ce qui la fait sortir du cadre naturel (Brody 1987 dans Price 1999). Néanmoins, comme vu dans le chapitre 2 : *Concepts clés*, essentiellement la PMA fournit la «même» route vers la grossesse et la condition parentale que les couples fertiles expérimentent, ce qui explique pourquoi les couples la choisissent tout de même.

4.3 Effets secondaires des traitements

De nombreux symptômes physiques et psychologiques sont associés aux techniques de *Procréation médicalement assistée*, mais tout particulièrement à la stimulation ovarienne: maux de tête, nausées, maux de ventre, irrégularités des humeurs, le développement de kystes ovariens qui peuvent éclater, embolies pulmonaires, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO). Il faut comprendre que la stimulation ovarienne a un impact majeur sur le corps de la femme. Après tout, si un cycle normal a un impact sur l'humeur et le corps de la femme, un cycle chimiquement stimulé aura très certainement des impacts notables. Néanmoins, bien que les couples soient informés qu'il existe des effets secondaires aux médicaments¹⁰⁵, ils jugent que les risques qu'implique la médication valent la peine d'être pris, qu'il s'agit d'un mal nécessaire –du moins en début de processus. À un certain moment, par contre, un épisode d'épuisement médical est atteint et les douleurs et désagréments physiques endurés par les femmes semblent plus difficiles à accepter avec du recul (Chateauneuf 2011 : 199-201). Voyons ici tous les effets secondaires que les participantes à cette étude ont eus et ce qu'elles en pensent rétrospectivement :

¹⁰⁵ Il est rare qu'on leur mentionne tous les risques puisque la liste de tous les effets secondaire de tous les médicaments qu'elles prennent est longue et que les médecins jugent qu'il ne s'agit pas de risques fréquemment éprouvés. De plus, une patiente fait souvent confiance à son médecin ainsi qu'à son pharmacien et ne lie pas toutes les monographies de chaque médicament qu'on lui prescrits.

Annabelle : «J'avais des bouffées de chaleur, je dormais pas pendant tout la durée du traitement [...], les sautes d'humeur.»

Jennifer : «T'es comme prête à morde tout le monde parce que t'es sur les hormones pis tu vis des choses difficiles, tu ne dors pas, t'as mal.»

Sarah : «J'étais agressive avec les orales. [...] C'n'est pas drôle une stimulation. Tsé tes ovaires viennent gros comme des pamplemousses.»

Gevie : «C'est comme les syndromes prémenstruels, mais exposant 10. [...] On a essayé 6 mois les hormones –j'n'étais pas un cadeau. [...] J'avais des bouffées de chaleur. En dedans de 10 minutes –sans exagération– je pouvais être heureuse, contente, vouloir tuer quelqu'un pis pleurer ma vie parce que ma vie c'était de la *marde*. [...] Sur les hormones, on ne se comprend pas.»

Kate : «La veille d'un prélèvement d'ovules, non l'avant-veille, je me suis assise sur la chaise, je me suis relevée d'un bond. J'avais l'impression que je m'étais assise sur tous mes follicules. On dirait que je les sentais. Quand je m'assoiais, c'était comme s'ils remontaient. [...] J'appelle ça des grappes de raisin. J'avais l'impression que j'avais des grappes qui me pendaient de chaque bord des ovaires.»

Jennifer : «Mais moi une stimulation, ça veut dire 20-30 ovules par côté parce que j'*over-react* aux médicaments; j'n'ovule pas ou j'ovule trop. Ce qui fait que mes ovaires sont rendus énormes parce que je me ramasse avec un trop-plein d'ovules. J'ai de la difficulté à marcher au travail parce que mes ovaires sont énormes. Tsé mes pantalons me font pu tellement que mon ventre est rendu gros. Aller faire pipi c'est un défi tellement c'est souffrant.»

Marie-Ève : «Tu sais jamais comment tu vas réagir aux médicaments, tu ne sais pas les effets. [La première fois] ç'a été très dur. J'avais toujours mal à tête. Quand je te dis mal de tête là, c'était carabiné tous les jours.»

Caroline : «J'ai eu trois ménopauses provoquées [...]. Pendant trois mois, ça c'a été horrible. Je suis tellement que je pense que tous mes cerceaux de brassière étaient rouillés. Je suis 24/24 ça l'avait pas de bon sens.»

Jennifer : «Tsé on m'avait avisé de bien surveiller les symptômes de médicaments et tout. Pis là je me mets à avoir des symptômes visuels importants. Faque j'appelle le 811 à ce moment-là, j'explique la chose. Elle me dit : *hiii j'pas très connaisseuse là-dedans. Appelle ton pharmacien*. J'appelle le pharmacien. Il me dit : *C'est des médicaments qu'on utilise très rarement. J'pas tellement sûr, laisse-moi lire la monographie*. [...] Faque là je lis : *peut rendre aveugle*. [...] Faque là la fille [de Lasik MD] me dit : *Non non non, c'est une urgence. T'arrêtes tes médicaments tout de suite. Faut que tu aies un suivit, tout ça, c'est dangereux. Tu peux effectivement perde la vision*. Bon... première fois où est-ce que j'ai un stress d'enfer qui embarque. C'est comme : *Mon dieu, je vais-tu être aveugle pour avoir essayé d'avoir un enfant?* [...] Oui c'est paniquant, mais la vision est revenue.»

«Encore là, effets secondaires fois mille. Moi je réagis à tous les médicaments ou à peu près. Pis là tu te dis, *je ne veux pas les arrêter*. Tu continues.

Intervieweuse : Quels effets secondaires vous avez eus?

Jennifer : Ah bin là, à ce moment-là, j'ai repris mon 40 livres que j'avais perdus, je me suis mis à avoir du poil qui a poussé en quantité phénoménale et partout sur le corps... euh j'étais rendue sans bon sens... j'étais comme un ours là ou à peu près. C'était comme incroyable. Les boutons, ça j'en ai encore d'ailleurs. Les boutons qui arrivent. Et puis là, ça joue sur le moral, sur les émotions et sur le psychologique vraiment beaucoup tout ça.»

Toutefois, certaines participantes relativisent leur situation et disent avoir somme tout bien réagis à la médication :

Une participante enseignante : «Mes enfants, mes élèves, sont encore tous en vie, y'a personne qui a succombé à mes sauts d'humeur! [Rire] Nennon, ça va bien je trouve!»

Éliane : «J'ai toléré quand même bien les traitements de fertilité, je suis chanceuse. À part la bedaine qui gonfle, j'n'ai pas de changement d'humeur. Sincèrement, j'n'ai pas de maux de tête, j'n'ai pas rien. Je les ai bien tolérés jusqu'à maintenant.»

Caroline : «Bizarrement, mon chum a dit qu'il ne se rendait compte de rien. C'est peut-être parce que y'est pas souvent là [petit rire]. Non, mais même mes amies à job, y'en a même qui me disaient que leurs symptômes de SPM sont plus *rough* que moi mes médicaments. [...] Des fois je suis tannée, mais tsé je suis tannée chez nous toute seule, ou bien je chiale après mon chum *ah je tannée de me piquer là, j'ai des bleus partout sur la bedaine, j'ai même pu de place où me mettre des hormones.*»

Maëlle : «Même si moi je réagis quand même bien, je trouve que sur le système c'est quand même intense, sur le couple, sur la job.»

L'épuisement physique et psychologique est l'un des effets des traitements que beaucoup de participantes ont mentionné avoir expérimentés. Cet épuisement a d'ailleurs été ressenti si fortement par certaines que cela les a fait considérer que peut-être il était temps de prendre une pause, voire même d'arrêter les traitements:

Isabelle : «C'était comme un épuisement, pas professionnel là, mais reproducteur. J'étais en *burn-out* d'utérus [en riant]. [...] J'étais comme... je ne savais pas le lendemain comment j'allais être capable de me lever le lendemain matin. C'était vraiment trop difficile. Le corps est éprouvé. C'est dur de se remettre.»

Mica : «On a fait un *in vitro* stimulé, qui m'a complètement physiquement et psychologiquement mis à terre. J'en ai fait juste un là. Je sais pas comment les femmes en font genre 8 pis 9. Oh My God, c'est dur sur le corps. [...] J'étais fatiguée.

[...] Ils m'avaient donné une dose maximale. Pis c'est ça, mon corps a vraiment mal réagi. Bin au moins je me dis je l'ai fait, j'ai essayé.»

Caroline : «Ça arrive des fois que j'fatiguée pis que je me dis *mon Dieu que mon corps est fatigué, je suis rendue grosse.*»

Jennifer : «On a pris des pauses aussi, on n'a pas enchaîné tous les traitements d'un coup parce qu'à moment donné ton corps veut pu. T'es juste pu capable physiquement et mentalement là, ça marche pas. Faque des petites séquences de 3-4 mois où est-ce que là, je fais pu rien, je prends pu de médicaments. J'arrête tout pour laisser une pause à mon corps et à moi. [...] Tu joues avec des hormones là, faque tout ton corps au complet réagit à ces hormones-là, c'est pas juste tes ovaires-là qui réagissent. Donc, ton corps s'épuise, pis ton mental aussi. [...] Il m'est même arrivé un épisode de médication avant qu'on commence les inséminations où est-ce qu'une journée au travail je me suis mise à pleurer, pleurer, pleurer. [...] J'[avais] l'impression que mon corps et ma tête sont deux entités séparées. [...] Je ne me reconnaissais pas dans mes pensées. C'est troublant à dire, mais c'est comme si j'n'étais pas moi. [...] [J'avais] un désespoir [accent mis par Jennifer sur ce mot] impossible. C'n'est pas moi ça, j'pas quelqu'un comme ça, moi je suis fonceuse pis je ne suis pas dépressive. Faque là j'étais comme *qu'est-ce qui se passe?!* Pis après avoir consulté et appelé le pharmacien, on m'a appris que le médicament que je prenais avait déjà poussé des gens au suicide. Y'avait déjà eu des dépressions menant au suicide sur ce médicament-là. J'étais comme : *y'a personne qui aurait pu me le dire avant?* [...] À ce moment-là, bien évidemment, j'ai arrêté le fichu médicament. [...] Tsé c'est pas drôle tu te dis *j'ai peur de moi-même.*»

Amélia : «Ils ont décidé de me faire prendre de la médication pour faire fondre les kystes. J'ai changé 4 fois de médicament pour trouver le bon parce que j'avais tous les effets secondaires. J'étais malade. [...] Faque là on parle de journées de congé, on parle de faiblesses, de journées où j'avais de la misère à me lever le matin. Faque tsé tu te demandes *j'tu en dépression?* Pendant un bon deux ans que les journées étaient *rough*. [...] J'avais pu de plaisir à vivre dans le fond. [...] Le corps est épuisé parce qu'en 11 ans, j'ai pris 27 médicaments différents pour la cause.»

Même si les cliniciens et les pharmaciens mentionnent qu'il s'agit d'un effet secondaire grave, mais rare, pour une raison inconnue, mais qui ne peut pas être statistiquement représentative, beaucoup de participantes à cette étude ont eu un syndrome d'hyperstimulation ovarienne durant leur traitement, de degrés divers (mineur, modéré ou sévère) :

Isabelle : «J'ai fait ma FIV 2 et j'ai fait un syndrome d'hyperstimulation grade 3, quand même, qui est quand même assez... tsé j'étais quand même à risque là. [...] Il m'a dit :

on va quand même y aller avec tes symptômes cliniques. Pis j'étais super bien là, faque on a fait la ponction. J'avais une ponction record, j'ai eu 42 ovules, j'avais 79 follicules¹⁰⁶. [...] Pis au jour 5, y'en restait 2 parce que l'hyperstimulation, ça diminue la qualité des ovules. Tsé trop c'est comme pas assez. [...] J'étais en hyperstimulation là, j'avais tous les symptômes, mais j'étais en totale négation.»

Caroline : «Moi c'était vraiment hyper, super, beaucoup stimulé là. [...] J'ai eu 22 ovules la première fois. J'ai fait un syndrome d'hyper stimulation ovarien. Je suis devenue enflée comme ça. Ça l'avait pas de bon sens, on aurait dit que j'étais enceinte. Faque là je capotais. Pis ils ne savaient pas trop s'ils m'inséminaient quand même parce qu'après la ponction, moi ça s'est toute gorgé d'eau cette affaire-là. Faque là, ils ne savaient pas trop, mais ils l'ont fait quand même. Y'ont dit *on est limite*. Tsé un peu plus pis ils me rentraient à l'hôpital.»

Amélia : «Je suis venues à ce que ça soit dangereux pour ma vie. Ils m'ont dit que la deuxième fois que j'ai fait *in vitro*, qu'au lieu de la grosseur naturelle d'une amande, c'était rendu un kiwi. Ça allait éclater. J'ai fait de l'hyper stimulation.»

En fait, statistiquement parlant, entre 3 et 6 % des femmes en PMA souffriraient de SHO et 0,1 à 3 % des cas avec une forme sévère (Lamazou et al. 2011). Cette complication médicale entraîne des : nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, augmentation rapide du poids, accumulation de liquide dans l'abdomen, difficultés respiratoires, hémorragies, détresses respiratoires, thromboembolie, la stérilité et parfois la mort. Biologiquement, les ovaires deviennent anormalement gros –cinq centimètres, douze centimètres, voire plus–, extrêmement douloureux et les vaisseaux sanguins qui les alimentent laissent s'échapper du liquide ce qui a pour effet de gonfler l'abdomen (Chateauneuf 2011 : 222, Forget 2012 : 44 et FQPN 2006 : 11-12). C'est en 1973 que l'OMS, suite aux différents signes cliniques et symptômes, a classifié cette complication totalement iatrogène.

En plus des symptômes mentionnés précédemment, on associe de plus en plus la stimulation ovarienne avec le cancer des ovaires (FQPN 2006 : 11-12), du sein et une ménopause précoce. Des participantes ont d'ailleurs mentionné avoir peur des risques à long terme des traitements sur leur bien-être physique :

¹⁰⁶ Rappelons que la moyenne et l'idéal est de 15 selon les médecins.

Annabelle : «Je voulais pu faire de stimulation ovarienne. Tsé tu lis aussi que stimulation ovarienne est associée avec risque accru de cancer des ovaires et tout ça.»

Marie-Ève : «Mais c'est tous les médicaments. C'est l'impact que j'ai peur que ça va avoir sur ma santé dans 20 ans, dans 25 ans, dans 30 ans. C'est ça l'affaire.»

Au niveau des effets secondaires suite à un test –et non pas un médicament comme ci-dessus–, la ponction est celui pour lequel presque toutes les participantes avaient quelque chose à dire :

Amélia : «Après la ponction, j'ai été tellement malade là.»

Annabelle : «Ensuite quand j'ai fait la FIV, bin les ponctions. Ça l'a été différent d'une fois à l'autre parce que c'est pas toujours le même médecin. Donc, des fois tu tombes sur un médecin super délicat pis ça va super bien. Pis je me souviens, ma deuxième ponction, j'étais fâchée, je pleurais, je disais *y'est bin rough*. Ça l'avait fait beaucoup plus mal. Quand c'était en stimulée, bin là ils me droguaient. Je marchais croche dans les corridors tsé. Faque c'est ça, la dernière ponction j'avais eu tellement mal au ventre après. J'avais été 2-3 jours où est-ce que les matins, j'avais tellement mal au ventre que j'avais des nausées pis que j'étais en sueur. Faque c'est ça tsé à la fin, j'avais l'impression que physiquement j'étais pu capable. Tsé j'avais une phobie de me dire *moi je peux pas passer par une autre ponction, avoir ces douleurs-là*.»

«Intervieweuse : Vous avez mal réagi à la ponction ou c'était juste très douloureux?

Kate : La première fois, quand ils en ont sorti 16, je me suis levée pendant l'intervention pis j'ai dit : *je vais perde connaissance*. Faque là, ils m'ont poussé par en bas pour me coucher. Pis c'est pour ça qu'ils ont arrêté, qu'ils n'ont pas été chercher les 4 autres qu'ils voyaient à l'échographie. Pis euh, ça l'a vraiment été douloureux. Pis euh, vraiment mon calmant pis ma morphine, y'auraient pu pas m'en donner pis y'aurait pas eu de différence.»

Jennifer : «Lors de l'examen, j'ai failli m'évanouir quand qu'ils ont été ponctionnés tellement que ça faisait mal, malgré les médicaments qu'ils m'avaient donnés. C'est pire que l'accouchement que j'ai vécu –pis quand ils ont commencé à faire la césarienne j'étais pas finie de geler.»

Félicia : «C'était tellement douloureux là. Pis tsé mon mari pouvait pas être avec moi parce qu'ils l'ont appelé en même temps pour sa ponction à lui, mais je pense qu'une chance qu'il n'était pas là. Parce que tsé premièrement, ils t'attachent. Ils t'attachent les jambes là parce qu'ils te transpercent là. Ils te transpercent carrément. Pis moi j'ai crié tout le long. [...] J'ai eu mal pendant un couple de jour après ça aussi. La ponction là, juste l'idée de pouvoir revivre ça... Ça ne fait pas plus mal qu'accoucher, mais c'est tellement... ce n'est pas supposé d'arriver à ton corps ça. Tsé accouché c'est un état,

tout ton corps se prépare à ça, tandis que la ponction c'est vraiment comme une agression [accent mis par la participante] de ton vagin. Dans le fond, ton corps est en hyperréaction.»

Le type de souffrance causée par les traitements, qui sont après tout choisis par les patients, se nomme souffrance iatrogénique (Beck-Gernsheim 1989 : 36). Jennifer a d'ailleurs mentionné qu'il était paradoxal que ce soit elle qui choisisse de s'infliger cette douleur:

Jennifer : «À un moment je me suis dit : *oui je prends des médicaments pour ma maladie, mais je pourrais ne pas les prendre. Ça ne m'empêcherait pas de vivre et même je serais physiquement mieux de ne pas les prendre ces médicaments-là.* Je me sentais bizarrement comme la personne qui a le cancer et qui va en chimio et qui sait que le traitement lui nuit, mais que c'est nécessaire. Je me sentais comme ça. Ça me nuit, ça me rend malade, mais nécessaire parce que j'envisage pas la vie sans enfant, donc je dois le faire.»

C'est donc dire que les traitements, les tests et la médication associée au passage en cliniques de fertilité ne sont pas sans douleur physique et mentale –en plus des désagréments sociaux que nous verrons dans les prochains chapitres.

4.4 Impression sur les cliniques

En débutant leur parcours médicalisé, quelques participantes ont avoué avoir ressenti une forme d'échec en ayant à appeler à la clinique:

Jennifer : «Faque appel. Déjà là, l'appel en soi, ça te donne un petit pincement au cœur de te dire : *bon j'pas normale.* Tsé c'est comme : *pas le choix, faut que j'aille là.* Mais encore là, t'es plein d'espoir à ce moment-là.»

Anne : «Pour moi c'était un peu une forme d'échec de me rendre en clinique de fertilité déjà.»

En clinique de fertilité, les femmes sentent vraiment qu'elles n'ont pas le contrôle, ce qui se trouve exacerbé si elles sentent qu'elles manquent d'informations à propos de la réalité du processus et des traitements. De plus, ressentir que les infirmières et les médecins les écoutent, qu'ils répondent à leurs questions et qu'ils prennent le temps de voir avec elles après qu'un traitement est échoué fait une différence énorme dans leur expérience (voir le texte de Daniluk 2001 : 126-127).

Kate : «J'aime beaucoup leur disponibilité [à telle clinique]. [...] Sont vraiment bien, sont super disponibles. Pis je trouve qu'on est rendu comme une famille, on dirait avec eux autres. On est tellement souvent là, on connaît tellement les infirmières et les médecins –ils nous appellent par notre nom. C'est comme, on est rendu chez nous [petit rire]. [...] Quand j'ai eu ma deuxième FIV, on dirait que la madame, l'infirmière, on dirait qu'était.... Je me sentais comme si j'étais sa fille –ça l'aurait pu être ma mère avec son âge. Pis était tellement comme maternel pis tout ça avec moi que quand qu'elle a vu mes résultats –on s'est reparlé par après– je voyais, je sentais qu'elle était triste pour moi.»

Félicia : «J'avais lu quelque part qu'à [telle clinique] y'a personne qui parle le même langage. Écoute c'est très, très multi-ethnique. Faut que tu comprennes l'anglais quand tu vas dans cette clinique-là, mais tout le monde a le même but, tout le monde. Tsé une journée c'est une femme voilée qui t'examine, après ça c'est une japonaise qui t'explique comment te piquer dans la fesse, c'est un libanais qui fait ta prise de sang; c'est vraiment hyper multiculturel, mais ils sont hyper efficaces. [...] Ils ont été merveilleux, vraiment merveilleux. Je suis contente d'être allée à [telle clinique], vraiment. [...] C'est fou. Ils sont toute là, tu prends le temps que t'as à prendre avec le médecin. [...] On a vraiment été accompagné.»

Mica : «Pis là je trouvais que les gens [de telle clinique] étaient accueillants, qu'ils avaient le goût de travailler là, qu'ils étaient chaleureux. *Avez-vous besoin de quelque chose madame?* Pis tsé on se sent accueillie, respecté. Je trouve que c'est important dans... cette approche-là.»

Malheureusement, ce n'est pas toutes les femmes qui ont reçu le type d'approche dont Kate, Mica et Félicia ont eu la chance d'avoir:

Maëlle : «Autant qu'[à telle clinique] Rive-Sud, super les infirmières, super gentilles. Euh, les médecins aussi. [...] À Montréal, même si c'était [la même clinique], bin mon dieu seigneur, y'en a que le tact, on repassera.»

Gevie : «On te fait une batterie de tests, on te *garroche* plein d'informations. *Bon next, prochaine cliente.* [...] Tu rentres dans le bureau là, ça dure 5-10 minutes. [...] Je perds une journée de travail pratiquement, pour me rendre là 10 minutes. 10 minutes pour me faire *garrocher* plein d'informations. Pis tu sens que t'es pressée dans l'temps.»

«Intervieweuse : Vous êtes allée où?

Anne : Cher [telle clinique], malheureusement. Ça c'est mon avis, mais j'ai pas du tout aimé. [...] Le médecin qu'on a vu ne parlait pratiquement pas français. Faque tsé une chance que j'ai fait beaucoup de lecture sur le sujet en anglais parce que je ne pense pas que j'aurais compris la majorité des choses qu'il a dites. Pis tsé même si on comprend un peu, c'est pas... tsé quand t'es dans une situation où tu vis peut-être de l'infertilité (n'importe quelle situation où tu es un peu vulnérable) pis tu te retrouves

devant un médecin, la moindre des choses c'est de comprendre ce qu'il te dit. Je trouve. Pis de comprendre entièrement, pas d'avoir à te casser la tête pour essayer de comprendre ce qu'il vient de te dire.»

Isabelle : «Nous c'était très, très, très clair qu'il y aurait pas de transfert double. Pis eux, y'étaient plus pour ça. [...] Pis y'ont toute congelé en groupe de 4... On a eu beaucoup, beaucoup de frustration par rapport à notre passage à [telle clinique]. [...] On a dit *on tient à notre idée et on transfert un quand même tsé*. Faque on a jeté un blascyto sur deux. Éthiquement c'est comme hyper troublant. Pis là étant donné que nous ça l'a été tout négatif, bin là veut, veut pas, on se dit *d'un coup que c'était l'autre qui était bon?* [...] Après ça y'ont fait des erreurs dans le décompte d'embryons. Tsé ça n'inspire pas confiance. Tu te demandes bien si ça va être les bons ... les bons gènes là! Pas qu'on y tienne tant que ça là, mais tsé à moment donné, pas que tu te retrouves avec l'enfant d'un autre là. C'est comme un peu une crainte de tous les infertiles là. [...] Ça ne se pardonne comme pas une erreur comme ça. Mettons que la confiance a été un peu ébranlée. Pis tsé y'a eu plein d'autres choses comme ça.»

Anne : «Tsé vraiment le sentiment de se faire niaiser. On a passé deux heures pour se faire dire *ah on n'a pas vos résultats pis bin finalement le formulaire qu'il fallait que tu signes c'était à l'entrée*. [...] On est sorti de la clinique pis j'ai dit à [mon conjoint], *moi je ne retourne pas là. C'était définitif*.»

C'est d'ailleurs arrivé à une autre patiente qui est allée à la même clinique au courant de son processus:

«Les secrétaires et les infirmières [à cette clinique] étaient en train de me faire virer folle.

Intervieweuse : Comment ça?

Éliane : Ah, c'est tellement désorganisé, ils ne savent pas où qu'ils sont rendus dans leurs tests. Ils t'appellent, ils sont tout croche, ils veulent te faire repasser des tests que t'as déjà passés –t'as les feuilles devant toi, mais eux trouvent pu la copie. Pour les médicaments d'exception aussi, la personne qui est responsable de t'aider ne connaît pas vraiment ça. [...] C'est plein de petits trucs comme ça.»

L'ambiance générale de la clinique et dans la salle d'attente a également été mentionnée comme étant étrangère, non hospitalière :

Marie-Ève : «Dans la salle, tu ne regardes pas ailleurs que sur ton téléphone. On est toute de même là.»

Amélia : «Personne ne se regarde. On a tout le même problème. Y'a personne qui se regarde, personne ne se donne de trucs.»

«Intervieweuse : Vous avez trouvé ça bizarre l'ambiance en clinique?

Jennifer : Oui. Parce que c'est ça, y'a comme différentes techniques, différentes personnes qui vivent des choses différentes au même endroit. Tsé dans la salle d'attente –les 150 fois que j'ai été dans la salle d'attente–, t'as celle qui est chanceuse qui vient de se faire annoncer qu'elle est enceinte, t'as celle qui vient de se faire annoncer : *bin désolé tu le seras jamais*, t'as celle qui est là pour des tests diagnostiques parce qu'elle ne sait pas si son enfant ne naîtra pas avec un bras dans le front. Faque on est tous ensemble en même temps. Tsé y'a une fois, entre autres, que je me suis retirée parce que j'avais le goût de crier; le médecin venait d'annoncer à une femme qu'elle était enceinte dans le corridor devant tout le monde.»

Anne : «C'est vraiment froid comme endroit, ça l'air *cheap*, mais ça l'air comme trop futuriste. [...] C'est grand, c'est un peu comme moderne, mais moderne cheap. Les comptoirs de réception sont entourés de comme des demi-œufs, ça l'air des vaisseaux spatiaux blancs. Pis dans la salle d'attente, c'est des chaises, des fauteuils en fait, c'est 4 fauteuils dos à dos, mais avec des dossiers tellement haut que tu ne vois pas les autres –comme si... moi je vois ces sièges-là pis c'est comme si on ne voulait pas se voir, comme si y'avait un malaise à être là. Tsé comme si on me dit qu'il faudrait que je sois mal à l'aise de regarder quelqu'un d'autre qui est dans la salle d'attente. Déjà ça partait bin mal. [...] C'n'était pas chaleureux.»

Quelques participantes ont eu l'impression que les médecins en clinique s'acharnaient et qu'il était de leur ressort de mettre un frein au processus quand celui-ci devenait trop difficile à continuer :

Mica : «C'est moi qui a dit au médecin (parce que je pense qu'il voulait qu'on refasse un autre *in vitro* stimulé), là j'ai dit *non*. Bin c'est ça l'histoire de pas à tout prix-là. Non, mon corps a vraiment mal réagi, je pense qu'on peut dire que ça ne fonctionne pas là. Ça suffit là s'acharner. J'ai l'impression qu'ils s'acharnent aussi. Faque j'ai dit non.»

Annabelle : « [Un médecin d'une clinique] disait *moi j'ai une patiente pour qui ça l'a marché après 8 fois*. Pis là, c'est là que j'ai dit *non*. Je me suis mise à l'évidence que y'a pas un médecin qui va me dire d'arrêter. Donc, c'est là que j'ai su qu'il fallait que ça vienne de moi; fallait que moi je décide de quand je n'aurais eu assez. C'est là que j'ai dit *j'pu capable de faire des FIV*.»

Les aspects chaînes de production, déshumanisation et capitaliste ont également été mentionnés comme faisant partie de l'expérience en clinique¹⁰⁷ :

¹⁰⁷ Ce qui nous ramène à la section 2.4.6 et à notre vision machinique du corps.

Marie-Ève : «Y'a beaucoup de monde [à cette clinique]. Il passe le monde-là! [...] Tu te sens comme dans une chaîne de production.»

Éliane : «On a consulté [à telle clinique], même s'il nous avait dit que c'était une usine et effectivement je confirme.»

Annabelle : «C'est ça qui est difficile dans tout ça; c'est quand qu'ils te disent *on ne sait pas* pis que là t'as l'impression de te lancer dans le vide pis que c'est de la recherche expérimentale. Ils ne savent pas finalement. Faque tu te sens un peu... pas comme un rat de laboratoire, mais comme un *guinea pig*.»

Éliane : «C'est comme pu mon corps, ça l'appartient au domaine médical.»

Isabelle : «On ne voulait pas encore se retrouver dans ... bin tsé [à telle clinique] on s'entend, le doute que l'argent influençait les choses, les décisions. C'est une impression qu'on avait eue –pas au départ, mais avec le temps.»

Gevie : «Un point que je voulais vraiment, qui faillait que j'aborde [durant l'entrevue], c'est le côté un p'tit peu capitaliste, inhumain. Ça été le bout que j'ai vraiment pas aimé de l'expérience pis c'est ça que je répète à tout le monde autour de moi. [...] C'est déshumanisé, carrément. [...] Les gens ont trouvé qu'il y avait un besoin quelque part. [...] J'étais rendue à me dire que les médecins me connaissent plus par-là [le vagin] que par le visage, mais bon. Le médecin revient de son heure de diner, bon mets le gant après la chose, mais ça pendant ce temps-là, il mange sa pomme. [...] Je me sens comme une vache qu'on insémine, je me sens comme chez le vétérinaire.»

Amélia : «On dirait qu'on est des numéros, on n'est pas des humains. Je ne parle pas psychologues, mais en général à l'hôpital, ils en voient tellement (j'y vais avec ce que je pense là), ils en voient tellement qu'ils nous prennent pas au sérieux. [...] Y'ont pas de temps, y'ont pas de ressources en tant que telles. T'as une question à leur poser, ils te répondent, mais sont pas là parce que y'ont tellement de monde, sont juste deux. Pis les médecins, tu ne peux pas garder les médecins plus que son temps. Faque tu ne peux pas poser tes questions. Faque à moment donné moi j'ai dit à mon médecin là, *donnez-moi du temps svp parce que là je panique*.»

Une participante qui venait d'une région plus éloignée des métropoles a d'ailleurs soulevé un aspect important et souvent négligé : «*La première journée qu'on est allé en clinique, j'ai dit à mon chum on a tellement rien ici, en région. Pis moi ça me choque*». Caroline a d'ailleurs eu une pensée pour les personnes vivant en région : «*Je disais à [mon conjoint], on serait-tu mal pris si on venait de la côte nord? [...] Je pensais aux pauvres femmes qui sont vraiment loin. [...] Tsé pour la carrière, si elle travaille, ça ne doit pas être évident*.»

Ainsi les femmes se sentent parfois traitées comme l'objet plutôt que comme le sujet de l'intervention médicale. Elles ressentent que le médecin les tient dans l'ignorance en se campant dans le jargon médical et en ne s'étendant pas trop puisqu'ils supposent que la femme ne comprendra pas leur explication de toute façon (Cleveland 1990 : 78-79). Par contre, pour un couple, l'infertilité dépasse largement la dimension médicale et demande une certaine compréhension émotive de la part des spécialistes, qui demeurent généralement très peu enclins à investir la dimension symbolique ou psychologique de l'infertilité (Chateauneuf 2011 : 206). Le peu de cas qui est fait de ce qu'elles ressentent, de leurs besoins, de l'impact qu'aura pour elles un traitement, le caractère impersonnel et discontinu des soins, le manque de support psychologique, le manque fréquent de délicatesse et de respect à leur égard, les pressions ou encouragements excessifs de la part des médecins à poursuivre, le manque d'information, les longues heures d'attente contribuent à ce que chacune se sente comme un numéro (voir Ouellette 1988 : 19). Or, dans nos cliniques québécoises tout ceci fait partie de la réalité des femmes infertiles.

Chapitre 5 : Le vécu de l'infertilité

La citation «*it's the truth even if it didn't happen*» de Ken Kesey (1973) résume bien l'histoire de l'infertilité –soit l'histoire de quelque chose qui n'arrive pas : un évènement, la conception, et surtout un enfant. Paradoxalement, c'est une expérience d'importance fondamentale pour la femme qui le vit comme étant pleine de sens plutôt que comme une simple absence (Cleveland 1990 : 2). C'est d'ailleurs ce que nous explorerons dans ce chapitre, soit comment les femmes décrivent ce que l'infertilité leur fait ressentir et vivre au quotidien, l'impact émotif de leur parcours en clinique, l'impact qu'a eu ce parcours sur leur relation de couple et comment elles ont dû assimiler leur grossesse ou, plus souvent, leur(s) fausse(s)-couche(s).

5.1 Pourquoi tant de souffrance?

Nombreux sont ceux qui croient que l'infertilité n'est plus une source de stigmatisation sociale. Après tout, les familles reconstituées se sont multipliées –ce qui rend l'infertilité moins visible en donnant l'impression qu'un couple a des enfants, alors que ceux-ci peuvent être issus d'une union précédente. De plus, l'infertilité est une condition qui n'est ni visible de façon frappante ni sujette à être découverte dans les activités de la vie quotidienne. Néanmoins, plusieurs femmes affirment tout de même encore ressentir qu'elles ont échoué à vivre et à relever les standards de normalité lorsqu'elles ne sont pas capables de procréer (Greil 2002 : 106). Nous focalisons ici sur la souffrance des femmes puisque celle-ci est jugée plus grande que celle des hommes en vertu du fait que la maternité, comparativement à la paternité, est une expérience physique. En fait, ce sont les femmes qui se sentent concernées en premier lieu puisque ce sont-elles qui sentent venir chaque mois les menstruations –devenues preuves répétées de l'échec du projet de grossesse– et qu'en fin de compte un traitement ne fonctionne que si elle tombe enceinte (Cussins 1998, Ouellette 1988 : 22 et Sandelowski 1993 : 183). L'étude de Banchly (2011) démontre d'ailleurs que ce sont les femmes qui vivent l'infertilité le plus intensément puisque selon celle-ci, la moitié des femmes interrogées disaient que l'infertilité est l'épreuve la plus déstabilisante de leur vie, alors que cela n'était le cas que pour 15% des hommes (Blanchy 2011 : 491). Voyons comment plusieurs participantes à cette étude décrivent leur parcours émotionnel de l'infertilité:

Éliane : «Déjà que moi je me sens pas mal responsable parce que j'n'arrive pas à les porter à terme (les deux fois tsé que j'ai été enceinte)... fausses couches précoces. Je ne sais pas, tu te demandes tout le temps *qu'est-ce que j'ai fait? Qu'est-ce que j'ai fait pour que ça ne pogne pas?*»

«Enceinte, je suis devenue pas mal grosse, j'étais bien dans mon corps, mais tsé j'avais mal au dos, mais j'étais bien ma peau. J'étais ronde, mais tsé je portais le monde, y'avait de l'avenir en dedans de moi. C'était vraiment merveilleux.

Intervieweuse : Ça vous a épanoui dans le fond?

Félicia : Ah totalement. Pis j'ai repris confiance en mon corps. Parce que tsé quand j'ai pas réussi –tsé c'est ça, j'ai [accent mis par la participante] pas réussi– à garder mon premier bébé... C'n'est pas que j'n'ai pas réussi, mais mon corps l'a pas gardé. Ce

corps-là, après ça tu te dis *bin câline je peux-tu faire ce que la majorité des femmes font comme [pouf].*»

On voit avec ces citations que la femme porte lourdement l'infertilité. D'ailleurs, plusieurs des femmes rencontrées ont dû consulter un psychologue tellement leurs idées étaient noires et que l'infertilité de leur couple les affectait:

Annabelle : «Moi je voyais une psychologue en fertilité à travers de tout ça.»

Isabelle : «J'ai décidé de consulté un psychologue, mais la première psychologue que j'ai vue je suis vraiment mal tombée. On dirait que je m'empirais à chaque fois que je la voyais. Ça ne marchait pas. [...] Faque finalement, j'ai changé. En fait j'ai juste arrêté. Je m'empirais réellement, ça n'allait vraiment pas bien du tout. J'n'étais pas capable de parler dans son bureau parce que je me sentais coincée. Pis j'ai trouvé un autre psychologue et le déclic a été bon.»

Mica : «Ça fait au moins un an que je consulte une psychologue. J'avais vraiment les idées noires. À moment donné c'était la fin d'un hiver pis ... on avait fait ces procédures-là, pis en tout cas, j'étais pas bien là.»

Amélia : «J'ai pensé au suicide. Je te dirais que j'y ai pas juste pensé, j'avais tout mon plan. [...] J'étais pu capable. C'n'était pas une question que j'n'aimais personne, mais la solitude était tellement lourde.»

Bref, les femmes ressentent fortement que *«l'infertilité n'est pas un choix de vie, elle est subite [...] et est vécue comme une véritable incapacité.»* (ACIQ 2015 :7). Les participantes à cette étude disent d'ailleurs ouvertement ne pas souhaiter d'être infertile et de devoir aller en PMA à personne, pas même à leur pire ennemi :

Isabelle : «Pis quelque part, moins il y a d'infertile dans la vie, mieux c'est. Pis je ne le souhaite pas à personne. Faque tant mieux si tu tombes enceinte le premier mois que t'essaies, t'as évité quelque chose de vraiment dur.»

Amélia : «Je sais que je suis plus forte maintenant parce que j'ai passé tout ça. [...] Faut vraiment être fort, homme ou femme qui vit ça, faut vraiment puiser en dedans de nous une force qu'on a –je ne sais pas où. C'est peut-être la force du désir d'avoir un enfant. Mais je ne souhaiterais pas ça à mon pire ennemi.»

Caroline : «Je ne souhaite pas ça à personne, même pas à mon pire ennemi. C'n'est pas cool.»

Dans la littérature¹⁰⁸, on lit que pour plusieurs se découvrir infertile, c'est aussi se découvrir coupable : coupable de ne pas correspondre à ce que la société attend des femmes, coupable d'avoir fait usage de méthodes contraceptives, coupable d'avoir retardé l'âge de la première grossesse, coupable d'avoir déjà eu recours à un avortement, coupable face au conjoint et coupable de compromettre la survie du couple (Ouellette 1988 : 21). Les femmes ont confirmé ce fait, tout particulièrement celles qui avaient eu recours à un avortement dans le passé :

Gevie : «C'est arrivé une fois par contre que je me suis posée la question que je commençais à regretter mon avortement. J'avais ... c'est con, mais je me demandais si quelqu'un était en train de me le faire payer quelque part. [...] Comme si ma chance était passée.»

Félicia : «À 25 ans, j'étais tombée enceinte d'un conjoint pas super fiable. Pis on n'habitait pas ensemble. Pis quand je lui ai annoncé que j'étais enceinte, on était comme tous les deux contents, mais comme trois semaines après, il m'avait dit [*Félicia*] *je vais toujours être là pour le bébé, mais je ne pourrais pas être là pour toi*. Faque je m'étais fait avorter. Pis après ça je me disais *j'ai peur que la vie me punisse de ça*. Pis au début, je pense que c'est ça que je vivais au début par rapport à l'infertilité, je me disais *bin c'est ça, je l'ai eu ma punition*.»

Anne : «Pis avec du recul, bin on se dit *j'aurais tu dû commencer plus tôt?*»

Au-delà de la culpabilité, il y a la souffrance intense lorsqu'elles apprennent qu'elles sont infertiles (Koval and Scutt 1990). Cette souffrance a de multiples sources : l'incertitude du diagnostic et du pronostic, le stigma social et la perception que son corps fait défaut (Sandelowski 1993 : 13). Comme vu dans le chapitre 2, l'infertilité perturbe la vie des individus puisqu'elle représente une cassure dans la suite des événements imaginés par un couple. S'ajoute à cela que l'enfantement est d'abord vu comme un phénomène naturel, comme une capacité intrinsèque à chaque être humain, et que l'infertilité vient, dès lors, empêcher une personne d'accomplir une fonction biologique fondamentale au cœur de la définition de ce qu'est la vie : la capacité de se reproduire. La participation sociale des infertiles à de multiples contextes requérant une relation parent-enfant est aussi entravée

¹⁰⁸ Anthropologique, sociologique et psychologique.

(ACIQ 2015 :7 et Chateauneuf 2011 : 172). Le deuil de tout cela est donc dur à faire, mais nécessaire :

Mica : «Avant mon impression, c'était que j'allais mourir. C'était mon impression là. Ma vie allait être finie. Là je comprends. Bin je comprends, dans le sens que dans mon cœur et dans mon cerveau, je comprends que tsé je peux quand même avoir une vie, une bonne vie sans enfant. Ce n'est pas la vie que j'avais prévue, mais ... ».

Annabelle : «Je suis rendue à l'étape que je suis capable d'envisager ma vie autrement, tsé avant ça je n'étais pas capable. Je sais que ma vie ça ne sera pas nécessairement de la *marde*. JE vais être capable d'être heureuse autrement.»

5.2 L'impact des traitements

On vient de voir que l'acceptation et le vécu de l'infertilité ne sont pas simples, mais à cela s'ajoutent bien d'autres scénarios ravivant ou atténuant la douleur; le parcours en clinique de fertilité étant un facteur important. Le fait que le milieu clinique fonctionne immanquablement en cycles d'espairs et de déceptions accentue le sentiment d'éternel recommencement (Chateauneuf 2011 : 285). Chaque nouveau cycle ramène les couples au début de leur quête; cela remet à zéro les espoirs, qui s'effondrent à nouveau à la fin du cycle (Cussins 1998). Chaque menstruation se moque d'eux en leur disant «*pas de bébé, pas de bébé, pas de bébé*» (Marantz Hening 2004: 1). C'est ce que dit d'ailleurs Julie Snyder dans le documentaire *Ça pourrait nous arriver* : «Faut se préparer à l'échec en se disant que l'échec... c'est qu'on a perdu une bataille, on n'a pas perdu la guerre». Cette incertitude constante du résultat d'un traitement hante la vie des couples infertiles et intensifie leur souffrance, mais cela leur permet aussi d'espérer. C'est pour cela qu'on associe souvent à la PMA une qualité de «jamais assez» puisqu'il suffit rarement d'une seule intervention. Les femmes apprennent donc à vivre avec les hauts et les bas; avec les montagnes russes émotives (Daniluk 2001 : 125).

Kate : «Ce qui est le plus triste là-dedans, c'est que je suis rendue habituée de vivre ces déceptions-là. [...] J'ai des attentes, mais c'est triste, mais de moins en moins. C'est triste là!»

Jennifer : «À chaque fois, c'est : haut et bas, haut et bas, c'est ça qui est le pire. [...] La chute est vraiment pénible.»

Éliane : «À chaque fois tu te dis *Ah ça va marcher, ça va marcher, ça va marcher*. Déception, déception, déception. Pis là les mois passent.»

Caroline : «On essaye d'être optimiste. C'est ça qui est dur à garder. J'ai une autre de mes amies qui est embarquée dans le processus elle aussi pis je lui disais *ce qui est le plus dur à garder, c'est un niveau normal* (je ne sais pas si je suis la seule à t'avoir dit ça) *entre rester positif pis être terre à terre*. Parce que si t'es trop positif pis que tu te dis *je sais que ça va marcher, je le sens, je le sens!* Pis que là t'as une réponse négative, tu vas te péter le nez à terre. Tandis que si t'es *ah je suis sûre que ça ne marchera pas, ça ne marche jamais*. Bin là, c'est plate, tu vas tout le temps être down. Faque là ce qui est vraiment dur à garder, c'est de rester positive, tout en sachant que ça se peut que ça ne marche pas, mais que ce ne soit pas la fin de tout. Si ça ne marche pas, y'a un après.»

En plus d'être constamment dans ces montagnes russes émotionnelles, le processus médical à tendance à drainer toutes les énergies et rendre obsessionnelle la recherche de fertilité (Ouellette 1988 : 22). C'est qu'à force d'accumuler les échecs, le désir d'enfant et l'attention portée à son corps peuvent tourner à l'obsession :

Annabelle : «Moi je faisais pas mal plus de lecture là-dessus. J'étais pas mal plus imprégnée de tout ça –par la force des choses puisque biologiquement c'est moi qui subissait–, puis à moment donné c'était rendu pratiquement une obsession. Je lisais toute là-dessus, je voulais toute savoir.»

Amélia : «Ma tête y pense tout le temps, à chaque fois qu'on fait l'amour. Pis je regarde mon calendrier, pis je sais quand est-ce que j'ovule. [...] À moment donné tu te dis *c'est tu de l'acharnement?*»

Caroline : «C'est beaucoup de travail, beaucoup de remises en questions, beaucoup de questionnements faque c'est sûr que y'a pas une journée que j'y pense pas.»

Écrits courriel d'Isabelle : «Dans la période où nous étions en insémination, j'ai eu une période vraiment plus difficile psychologiquement. J'étais obsédée par la réponse de mon corps aux traitements.»

Un phénomène fréquemment mentionné dans la littérature est la pression du temps qui passe et un sentiment d'urgence (Price 1999). Les personnes infertiles disent souffrir d'une sorte de nausée du temps, dans la mesure où ils développent de l'anxiété à propos du temps

qui passe. C'est pour cela que le tic-tac de l'horloge biologique est une image largement associée avec l'infertilité (Sandelowski 1993). Les femmes à cette étude ont d'ailleurs fait plusieurs références au temps:

Anne : «C'est ce que je trouve le plus difficile dans ça c'est –comme je dis tout le temps– la constatation du temps qui passe. Pis surtout quand t'associes ce rêve-là, ce désir-là dans le temps. Pis là t'arrives à ce temps-là pis t'es même pas enceinte. [...] Je trouve que c'est à ne pas faire. Mais ça rend concret le fait que bin c'n'est pas arrivé encore.»

Caroline : «Je veux me dépêcher. Mon âge avance aussi.»

«Je suis rendue à 33, tsé à moment donné *tic-tac, tic-tac*.

Intervieweuse : Vous le ressentiez le tic-tac?

Sarah : Seigneur oui!»

Félicia : «Quand ça sonne, c'n'est pas demain que t'en veux, c'est là.»

Éliane : «Mon horloge biologique a sonné tard».

La PMA, en donnant l'espoir de devenir prochainement enceinte, amène aussi à se détourner de tout autre projet de vie à long terme (Ouellette 1988 : 22). Cleveland compare d'ailleurs la femme infertile attendant de tomber enceinte à une actrice qui ne peut accepter aucun autre rôle, ne peut s'engager à ne jouer sur aucune autre scène. Ultimement, l'attente de jouer un personnage devient le personnage joué (Cleveland 1990 : 177). Plusieurs femmes ont d'ailleurs déploré le fait que les traitements et leur quête de parentalité aient totalement accaparé leur vie :

Jennifer : «Perte de jouissance de la vie. On a *scrapé* des vacances parce que j'étais malade. On n'a pas fait des activités qu'on aurait voulu faire parce que je feelais pas. [...] On a remis plusieurs projets de côté, en *stand-by* pour justement faire ça parce que nous malheureusement c'est pas juste du plaisir nous produire un enfant. À moment donné tu te dis *je vais-tu faire ça toute ma vie essayer de faire un enfant?*»

Annabelle : «Toute ta vie tourne autour de ça. C'est que ça. Tes vacances sont en fonction de ça, tes plans de carrière sont en fonction de ça. Y'a comme pu rien; y'a comme pu de projet qui existe à part de ça.»

Caroline : «Tout est sur pause. C'est dur de comprendre la vie dans ce temps-là. [...] Beaucoup de si. Tsé comme là je voulais m'acheter un skidoo cet hiver. Pis là je dis

ouin, mais si là je tombe enceinte, je ne m'en servais pas de mon skidoo. Mais là des si je tombe enceinte ça fait 5 ans que je dis ça. Je me prive de tout à cause de si je tomberais enceinte. Ça fait 5 ans que je ne fais rien d'autre de ma vie. [...] J'ai hâte d'avoir d'autres projets; de préparer, je ne sais pas, un voyage, ou de préparer d'autres choses; organiser d'autres choses dans ma vie que juste ça. Tandis que là, je fais comme vraiment juste ça, tout le temps.»

Éliane : «Sincèrement, c'est ça que j'ai trouvé le plus dur dans les 4 dernières années, de mettre ma vie *stand-by*. Parce que tsé on veut s'acheter une autre maison, mais OK... combien de chambres à coucher on a besoin? On ne sait pas. [...] Ça, ça l'a été OK, on va attendre, on va attendre à cause de ça. Les voyages, moi j'adore ça voyager, je suis allée au Vietnam, au Pérou, au Maroc, en Turquie, ça me manque des voyages de ce style-là, qu'il faut que tu planifies une couple de mois d'avance. Avec la FIV, tu ne peux jamais planifier.»

Conclusion ici étant que ce qu'implique aller en clinique (en plus des douleurs physiques et mentales que nous avons vues dans le chapitre 4 : *L'expérience en clinique de fertilité*) n'est pas négligeable dans le vécu quotidien des femmes.

5.3 Quels impacts pour le couple?

Il est fréquent que la difficulté éprouvée à concevoir un enfant devienne omniprésente dans la relation de couple et que cela ait un impact négatif –surtout au niveau sexuel. Les relations sexuelles se transforment en une source de stress et de frustrations puisqu'elles ne remplissent pas une de leur fonction première : engendrer un enfant. Dans un programme de PMA, celles-ci deviennent programmées, et non plus spontanées, ce qui a fréquemment pour effet d'anéantir les satisfactions normalement retirées de l'intimité sexuelle (Ouellette 1988 : 22). Les pratiques sexuelles sont alors bouleversées, voire dénaturées. L'acte sexuel en soi en est réduit à sa plus simple expression physique (Chateaufort 2011 : 182). Les «petites vites» deviennent la norme et en dehors des rapports sexuels programmés, les femmes deviennent moins enclines à l'acte (Murdoch 1990 : 69). Les couples mettent ainsi leur couple sur la corde raide puisque la PMA vient transformer leur vie sexuelle en une épopée qui est tout sauf romantique (Forget 2012 : 19-20). Voyons ce que les femmes en ont dit :

Marie-Ève : «Ça c'est dur aussi. Ça c'est très dur avec le conjoint. De faire tout ça. De faire tous ces traitements-là. Ça cause des tensions sur un couple. C'n'est vraiment, vraiment, vraiment pas évident pour un couple de vivre tout ça.»

Maëlle : «Moi je pense que ça fait tellement longtemps que je voulais des enfants que ça l'a enlevé comme ce petit côté-là de ... oui y'a le plaisir c'est sûr, mais moi y'avait tout le temps un peut-être que, un but. Là tu te dis : *ça ne sert à rien à penser à c'te but-là.*» «Faque quand qu'on a commencé les démarches bin veut, veut pas le couple en prend une volée.»

Félicia : «Tsé quand tu ne peux pas faire un enfant en faisant l'amour avec ton conjoint... nous autres les femmes quand qu'on décide que c'est ça qu'on veut, c'est ça qu'on veut. Tsé à moment donné j'étais vraiment rendue que je voyais ... euh je voyais qu'on ne pouvait pas faire un enfant en faisant l'amour pis je trouvais dont ça inutile, pis mon chum avait le goût quand même là. Là moi je lui disais : *bin ça ne nous donne rien* pis lui il me disait : *oui ça nous donne quelque chose, on a du plaisir.* Pis moi j'étais là, *bin moi j'en ai pu là-dedans.* Lui vivait ça très difficilement, mais il a toujours respecté mes besoins. [...] Pis à moment donné, il était comme vraiment harcelant, pis là je lui avais dit : *tsé ton pénis, y'est pogné après toi, y'est sur toi, y'est attaché, ça veut dire que c'est ta responsabilité, faque occupe-toi s'en, moi je m'occupe de ma douleur.* Faque je pense que y'avait vraiment saisi.»

Mica : «Le chemin a été long et c'est sûr que ça nous a éloignés. Ça c'est sûr. Mais c'est ça. Des hauts pis des bas. Des hauts pis des bas. Parce que c'est sûr que ça affecte la relation amoureuse. [...] Des chicanes parce que faut qu'on ait des relations sexuelles à tels moments donnés... »

Éliane : «L'impact des relations sexuelles programmées, ça à long terme l'intimité, ça l'a *scrapé* un peu. Moi et mon chum on a commencé à consulter en couple à cause de ça, pour le manque d'intimité et les conséquences de ça sur notre couple.»

Amélia : «À travers de ça, le couple en a mangé une claque. Y'en a mangé une claque parce que oui c'est les hormones [...] je peux-tu te dire qu'il servait de punching-bang. [...] Dernièrement, [mon conjoint] m'a avoué on *faisait l'amour pis j'avais l'impression que je te violais.* Parce que moi j'avais les deux bras en arrière de la tête pis j'avais pu de fun. J'ai même vécu de la sécheresse.»

Toute cette tension au sein du couple pousse d'ailleurs certaines femmes à offrir à leur conjoint de les laisser pour chercher une nouvelle conjointe afin qu'il puisse avoir des enfants. À d'autres occasions, c'est plutôt la femme qui se questionne à savoir si elle devrait «aller voir ailleurs».

Marie-Ève : «Je me dis que si j'étais avec un autre ça marcherait-tu? Je me suis posée souvent cette question-là : *est-ce que je suis avec la bonne personne?*»

Félicia : «Mais tsé à moment donné tu te questionnes. Tu te dis *c'est tu vraiment lui l'homme de ma vie? C'est-tu vraiment avec lui?* Parce que moi je suis fertile, moi j'n'en ai pas de problème de fertilité, c'est lui qui a ça. Quand l'infertilité est juste d'un côté, t'es comme *Ummm.*»

«Intervieweuse : Est-ce que vous avez songé à vous séparer? Pour essayer avec un autre conjoint ou juste parce que relation allait moins bien?

Mica : Oui. Oui. C'est sûr qu'à un certain moment donné notre relation allait pas très bien pis moi dans ma tête ... on n'en a pas parlé de se séparer parce que ça n'allait pas bien, mais moi dans ma tête je me suis dit : *notre situation ne peut pas continuer comme ça. C'est vraiment désagréable de vivre ensemble.* Pis je me demandais : *qu'est-ce qui va nous arriver là?* Je me posais des questions. J'avais un peu peur là. C'est sûr que moi à moment donné quand on est arrivé au don d'ovule, qu'on a comme compris que ça ne marcherait pas avec mes ovules pis que les médecins avaient l'air de dire que c'était ... de ma faute –y'ont pas mis ça comme ça là–, mais de ma faute que ça fonctionnait pas, je lui ai dit à mon conjoint. Je lui ai dit : *Regarde si ça te tente de ... de fréquenter quelqu'un d'autre pour avoir des enfants...* Je ne voulais pas être responsable.»

Caroline : «Quand j'ai perdu mon bébé à 12 semaines, là j'ai dit *fuck!* Là j'avais peur. J'ai dit là *il va être tanné là le petit gars.* Lui il va dire *si j'avais été avec une autre fille, j'aurais déjà mes 2-3 enfants.* J'avais peur qu'il s'en aille. J'ai dit là, *je vais avoir perdu mon bébé, je vais perdre mon mari. Je vais tout perdre. C'est terminé.* Mais finalement, non. Ça nous a même rapprochés je dirais. [...] Y'aurait pu sacrer son camp depuis longtemps. [...] Je lui ai déjà dit : *crim tu pourrais partir avec une petite poule de 20 ans, t'aurais déjà ta famille toi là.* Y'a dit *c'est pas ça que je veux, je veux avec toi.* Je lui dit *ouin, mais si jamais y'a rien qui se passe, qu'on ne peut pas adopter parce que ma sclérose en plaques ... peut-être qu'à l'adoption ils vont dire [signe que non]. Je ne le sais pas, je ne peux pas cacher ça.* [...] Je lui ai dit *c'est quoi, on vas tu rester ensemble, être un vieux couple qui vieillit tout seul?* Moi j'pas prête à ça.»

Ainsi, même si les hommes et les femmes avouent que le coût des traitements est élevé sur leur vie et sur leurs relations –tout particulièrement sur leur satisfaction sexuelle–, ils les poursuivent tout de même. En fait, c'est qu'il est estimé qu'avoir un enfant reste une des manières les plus efficaces de se réaliser sur le plan humain et peu de couples établis décident d'y renoncer (Collier 2010 : 170). De plus, les hommes ne veulent généralement pas refuser à leur femme l'opportunité de vivre une grossesse et un accouchement et leur laissent donc le soin de choisir de continuité les traitements (Daniluk 2001 : 126). Ceci n'est

toutefois pas sans effet sur le couple puisque l'homme, en se dégageant de la sphère décisionnelle, met une pression de plus sur les épaules de la femme. C'est elle qui a le soin d'entreprendre de nouvelles démarches, qui émet des propositions et qui pousse la réflexion vers d'autres alternatives. Les femmes sont donc des agents actifs qui analysent leur situation et essaient de faire des choix éclairés, voire stratégiques. Elles ne se présentent que rarement comme des victimes passives (Chateauneuf 2011 : 3 et Greil 2002 : 112-113).

Anne : «Pour mon chum sa réponse c'est que c'est mon corps. Faque c'est comme à moi de décider. Je trouve ça quand même difficile, même si je suis super contente parce que je ne voudrais pas qu'il me force. De toute façon, je l'écouterais pas... Mais je ne voudrais pas sentir une pression de sa part pour qu'on fasse quoi que ce soit avec lequel je ne suis pas bien. Mais j'ai l'impression que ça repose sur mes épaules au final le choix.»

Éliane : «Tout ce qui a rapport avec la fertilité, je dirais que c'est plus moi. Je ne sais pas pour les autres, mais j'ai l'impression que les hommes en général... Juste déjà un cycle menstruel, savoir c'est quand qu'il faut le faire, juste de programmer ça.... Faque c'était plate de tout le temps *ah bin là ça serait le temps*. Même si je lui dis d'avance *là samedi ça va être le temps de commencer*, de lui-même ça ne viendra pas. Il ne pense pas à ça nécessairement. Faque ça je trouvais ça lourd. C'était moi qui portais la responsabilité de ça. [...] Jusqu'à maintenant, il a été fermé de s'impliquer là-dedans.»

Caroline : «J'ai dit ça à moment donné à mon chum : *tsé j'ai tellement pu besoin de toi [rire]. T'as tellement pas rapport dans l'histoire. Toi la seule affaire que tu fais c'est aller dans une petite pièce avec les lumières tamisées pis t'amuser pendant quelques minutes avec ton corps. C'est la seule affaire que t'as rapport dans l'histoire. Moi, je manque de l'ouvrage, je vais chercher des médicaments, je me pique partout, je me rentre des hormones dans le nez, dans le vagin, partout. Je mets toute ma vie en suspens pour ça. Toi ça te prend deux minutes d'investissement*. Il trouvait ça bin drôle. Il dit : *oui, mais c'est important*. Je lui dis : *c'est vrai, je t'enlève pas ça. Mais tsé tu t'en vas [en voyage pour le travail] pis je vais pouvoir continuer pendant que t'es pas là.*»

5.4 Quand la bonne nouvelle arrive

Lorsqu'elles tombent finalement enceinte, les femmes ont de la difficulté à croire que cela leur arrive vraiment. Consciemment ou inconsciemment, elles conçoivent difficilement que leur rêve d'enfant se concrétise après tout ce temps :

Jennifer : «Faque là, je commence à faire les tests de grossesse parce qu'à chaque fois t'as toujours l'espoir. [...] En passant pour aller porter les serviettes, le test attire mon

œil, pis j'ai fait –et là c'est vraiment ça j'ai dit et j'en suis pas fière... Oh mon dieu, c'est ça la première chose j'ai dite– *Ah bin Tabarnac! Y'a deux lignes!* Pis là je le prends, pis je suis comme *j'hallucine, ça ne se peut pas, c'est un reflet, ça ne se peut pas, ça fait quatre ans que je l'attends cette christie ligne là!* [...] Pis là c'est bizarre, mais je ne le crois pas. [...] Je m'en vais à la pharmacie. Folle que je suis, j'achète trois autres tests de grossesse différents de marques différentes pour être sûre. Je reviens à la maison faire les tests et là, ils sont tous positifs.»

Gevie : «Même que moi quand j'ai vu que j'étais enceinte, sur le coup, j'y croyais pas. J'ai même refait le test. En fait, j'avais pris *Première Réponse* [...] faque la deuxième ligne était là, mais très, très, très, très, très pâle, faque j'ai dit *est-ce que c'est ça?* J'en tremblais. Là pour être sûr, j'ai été me chercher ... écoute ça peut pas être plus claire que *Clear Blue!!!* Ils vont le dire *Enceinte ou Pas Enceinte*, c'est écrit en français. C'était écrit enceinte de 1-2 semaines. Pis en plus j'en ai refait un autre.»

Isabelle : «L'avant-veille [de mon accouchement], j'ai fait le pire cauchemar de toute ma vie. [...] En fait, la grossesse pis avoir un enfant c'était deux choses qui étaient séparées dans ma tête. Pis j'ai rêvé que je retournais en écho –parce qu'ils surveillaient toujours mon taux de liquide amniotique qui était toujours au taux minimum requis, acceptable. Là je retournais en écho, pis là je voyais la photo de l'écho et tout ça. Pis là, ils m'envoyaient en salle d'accouchement, ils me provoquaient pis j'accouchais d'un bébé en 2D.»

Ceci se résume un peu à ce qu'une participante du documentaire *Quand l'enfant se fait attendre* dit :

«Au début on compte les cycles. Quand qu'on arrive au 45^{ème}, on se dit : mais ce n'est pas possible, c'est 45 fois que j'ai été malheureuse. En gros ça rime à ça. Et on ne sait pas comment réagir à la réussite. On est bien cadré, on sait comment réagir à l'échec, mais à la réussite, ça fait bizarre d'un coup».

Malheureusement, les femmes dans les programmes de PMA ont des taux d'avortements spontanés supérieurs aux grossesses sans assistance médicale. Ceci s'explique, en partie, par le fait que le corps est en réaction aux drogues ingérées afin d'induire une super ovulation (Brown, Fielden & Scutt 1990 : 92). Plusieurs participantes ont donc eu des grossesses ectopiques et des fausses couches :

Amélia : «Je fais un test, mais là tu y crois pas, tu te dis que le test ne doit pas être bon, faque j'en fais un deuxième le lendemain matin. Là tu fais comme *OK deux, ça doit être vrai*. Faque je prends rendez-vous avec le gynéco; il confirme la grossesse. Pis il me dit : *je ne veux pas que tu t'énerves avec ça, tout peut arriver*. Là dans ma

tête je me disais : *bin voyons, y'est dont pas fin*. [...] 1 mois après j'ai commencé à avoir des douleurs dans le bas du dos pis à l'épaule droite. Faque j'appelle info santé [...] Je me rends à l'urgence pis effectivement c'était une ectopique. [...] Y'ont pas fait de curetage, justement rien. J'ai eu des prises de sang aux deux jours. Écoute à la fin j'avais les bras... ça allait sur les mains. J'avais pu de veines pratiquement. Pour éliminer le fœtus, j'ai eu le fœtus quand même pendant un mois de temps mort, mais tsé à éliminer et à attendre parce que si ça ne partait pas, si le taux d'hormones ne descendait pas, c'était de la chimio.»

Mica : «Je suis tombée enceinte souvent moi, c'est juste que les grossesses n'étaient pas évolutives. Je pense qu'ils en avaient à peu près 7 en tout.»

Caroline : «Pis là, y'en a un de ces coups-là que je suis tombée enceinte [lors d'un TEC de sa 2^{ème} FIV]. Pis là y'étaient convaincus que j'allais avoir des jumeaux parce que mon bêta hCG était dans le tapis. Faque là j'étais super contente, j'étais énervée bin raide. Pis là plus tard, ils t'envoient passer une échographie vaginale pour voir le cœur battre pis voir si elle n'est pas ectopique pis tout ça. Tout était beau, j'avais un petit cœur, j'en avais pas deux, y'en avait un. Pis là on a vu battre le petit cœur et tout. On était sur notre petit nuage.» Toutefois, à la fin de son premier trimestre, cette femme a malheureusement fait une fausse couche : «Ça l'avait pas de bon sens. Premièrement, j'ai attendu 14 heures d'attente à l'urgence. [...] Il était rendu dans les petites heures du matin. Pis là mon médecin qui me suivait dans les grossesses à risque, elle arrive. Pis là moi, j'ai pété les plombs. Elle avait une petite résidente dans le coin, pauvre petite, je pense que je l'ai traumatisé bin raide. Là moi je pète ma coche. Je dis *voyons je faisais super attention, je ne buvais même pas de thé glacé parce que y'a de la théine là-dedans. J'ai tout suivi les conseils, les règles, j'ai lu des livres, j'ai tout fait attention à tout. Pourquoi ça me fait ça?* Je hurlais, y'avait rien à faire. Même mon chum n'essayait pas de me retenir. Lui, il pleurait dans un coin. La résidente faisait semblant de prendre des notes et jetait des petits coups d'œil inquiets de temps en temps. Eille là, là j'ai dit à mon médecin : *là ce que je vais faire, c'est que je vais me mettre sur le BS pis je vais me geler à l'héroïne pis je vais tomber enceinte par accident comme toutes les ****. J'ai vraiment... ça l'avait pas de bon sens. Après ça, en tout cas, je sors de là avec une prescription de miso¹⁰⁹, une pilule pour avorter à la maison parce que je ne voulais pas avoir de curetage, je ne voulais pas maganer encore plus mon utérus. [...] Un vrai carnage cette affaire-là avorter d'un bébé de 12 semaines dans sa salle de bain. C'est assez épouvantable. C'est vraiment des contractions. C'est vraiment comme si t'accouchais. Pis t'accouches, pis ça dure des heures. C'est dégueu. Faque là, après ça, deux jours après, ils m'envoient pour une échographie pour voir si tout est correct. Y'avait rien qui avait bougé qu'elle me disait. Elle me disait : *tout est encore là*. Je lui disais : *veux-tu voir ma salle de bain? Je te garantis que c'n'est pas tout là*. Elle a dit : *bin y'en reste encore beaucoup trop*. Faque là y'a fallu que j'aille me faire faire un curetage.»

¹⁰⁹ Nom médical Misoprostol ®

On voit ici que lorsqu'un couple attend impatiemment un enfant et que la grossesse se solde en fausse couche, cela est vécu difficilement. Les couples ont alors de la difficulté à trouver un sens et un but à leur combat avec l'infertilité. Toutefois, ceux qui réussissent à devenir parent voient cette épreuve comme quelque chose qui se devait d'être pour les rendre les personnes qu'ils sont devenues; des personnes capables de surmonter l'adversité et qui apprécient les aspects de la vie qui sont souvent tenus pour acquis. De plus, l'enfant qu'ils ont justifié la bataille qu'ils ont eue. Pour les couples qui ressortent bredouilles, faire leur deuil, regagner un sens de plénitude et envisager une nouvelle vie sont nécessaires. Dans tous les cas, qu'ils aient ou non réussi à concevoir, il est primordial que ces couples viennent à bout de l'infertilité au niveau émotionnel (Sandelowski 1993). Voyons ce que les femmes en disent :

Isabelle : «Je pense que passer à travers l'infertilité ça nous rend meilleurs comme parent et comme personne. [...] Je pense que ça apporte une appréciation encore plus grande.»

Félicia : «Mais là quand je regarde tout ça, je me dis *bin une chance que le premier transfert n'a pas fonctionné parce que c'n'est pas celle-là que j'aurais eue.* [...] C'était elle qui devait arriver dans nos vies faque c'est correct. [...] Je pense que la vie est parfaite et que les choses viennent au bon moment.»

Caroline : «Ma mère dit tout le temps que y'a rien qui arrive pour rien. Je ne comprends pas encore pourquoi c'est arrivé, mais y'a une raison. Y'aurait peut-être été très malade cet enfant-là, y'aurait peut-être eu une malformation. C'est peut-être pour ça que j'ai avorté. On ne le saura jamais. [...] C'est sûr que c'est une grosse épreuve, mais ça m'a appris plein d'affaires sur comment ça peut être précieux un enfant, sur pleins d'autres affaires. Ça l'a vraiment changé ma perception d'une famille, ma conception de l'amour, du couple, de ce qui peut être dur. [...] Je me dis *mon dieu si on passe à travers de tout ça pis qu'on s'aime encore et qu'on trouve le moyen de rire de tout ça, c'n'est quand même pas pire.*»

Marie-Ève : «Je me dis souvent, pis ça m'encourage parce que des fois y'a des moments difficiles : *y'a rien qui arrive pour rien, la vie fait bien les choses. Pis c'n'est pas vrai que les autres ont tout.*»

Maintenant comme avant l'époque des changements sociaux, qui ont théoriquement ouvert de nouvelles formes de valorisation sociale autre que la maternité pour les femmes, ne pas avoir d'enfant est vécu comme un échec. Plusieurs psychologues décrivent l'infertilité

comme une série de perte, telles que perte : de contrôle sur son corps, de contrôle sur sa vie, d'estime personnelle, de l'enfant potentiel, de la relation affective souhaitée avec le conjoint et l'enfant, du statut social de mère, du statut social de famille et de tous les avantages escomptés lors de la venue au monde d'un enfant. Toutes ces pertes engendrent nécessairement un processus de deuil (Daniels 1999 : 262 et Ouellette 1988 : 22). L'infertilité constitue un deuil de quelqu'un qui n'existe pas. C'est un deuil sans fin : à la fois la perte d'un objet à venir, de son désir non comblé et de sa capacité d'enfanter. Il s'agit d'un manque caractérisé par l'absence. C'est un deuil qui ne se règle pas avec le temps, a priori, ce n'est pas plus facile à accepter après 5 ans qu'après deux ans (Cleveland 1990 : 81- 85). Comme le dit Amélia qui a essayé durant plus de 10 ans d'avoir un enfant, sans succès : *«Ça l'a été un travail d'équipe, autant pour le deuil que pour le cheminement. Pis c'est encore un travail, pis je pense que ça va le rester. Ça va toujours être en travail»*.

Chapitre 6 : L'impact de l'infertilité sur les relations sociales

Dans ce chapitre, nous verrons que l'infertilité a réellement un impact sur toutes les sphères (professionnelle, familiale, amicale et conjugale) de la vie d'un individu souffrant de cette maladie. Pour se faire, nous rapporterons les propos que les participantes à cette étude ont eus par rapport à certaines situations avec des proches afin de démontrer l'impact que l'infertilité a eu sur les relations sociales.

6.1 Le sentiment d'injustice

Un sentiment répandu parmi les couples infertiles est l'injustice vis-à-vis leur situation. Pour eux, le fait qu'il y ait des gens sur la terre qui ont des enfants facilement et qui n'en veulent pas, alors qu'eux en veulent ardemment et ne peuvent pas en avoir, semble être une sorte de plaisanterie cosmique cruelle (Mundy 2007 : xiii). Cela leur fait ressentir qu'ils ont échoué à faire ce que tout le monde semble être capable de faire avec une relative aisance (Daniluk 2001 : 125). Plusieurs participantes avaient d'ailleurs quelque chose à dire sur le sujet :

Caroline : «Je trouve que y'en a qui ne devrait peut-être pas n'avoir d'enfant. Du monde qui justement vont se saouler quand même, qui prennent de la drogue pis toute. Là je fais comme *mon dieu*. Ça me fâche, vraiment!»

Marie-Ève : «Y'a des femmes qui s'occupent même pas d'eux enfants, qui sont alcooliques, qui sont droguées pis qui réussissent à faire des enfants pareil. Allo? Elle est où la justice?»

Félicia : «Pis dans mon domaine de travail, je côtoie des parents de la DPJ, des gens qui vivent des gros problèmes avec leur famille et tout ça, pis je me disais : *câline comme ça dont? Comment ça dont, moi si j'aurais un enfant pis que j'en prendrais soin pis qu'elle, elle, à trois mois, il avait déjà mangé un Joyeux Festin*. Non, mais tsé dans le genre c'est un exemple, mais je ne comprenais pas. J'étais vraiment, vraiment frustrée et amère. C'était vraiment injuste.» Félicia a même affirmé : «Je peux-tu faire ce que des toxicomanes, des alcooliques font? Alors que je ne bois pas, je suis en santé.»

Sarah : «Bin c'est reconnu comme une maladie tsé. J'n'ai pas demandé ça là, je suis née comme ça, j'n'ai rien fait pour que ça arrive. Pis moi j'n'ai pas le droit d'avoir des enfants. Tu vois les enfants des autres; tu vois les enfants qui sont retirés de leur famille par la DPJ; tu vois des choses épouvantables. Des gens autour de moi qui sont tombées enceinte en levant la pâte. Pis tu fais comme *tabanourch, pourquoi moi j'ai pas le droit, pourquoi moi j'ai pas cette chance-là?*».

Maëlle : «Mais des fois, je le sais que c'n'est pas correct de penser ça, mais je me dis : *mon Dieu y'en a qui devraient pas en avoir pis y'en ont*. Pis toi qui essaies pis qui veux les cajoler, t'es pas capable.»

Écrits courriel d'Isabelle : «Dans cette période, j'avais l'impression qu'il y avait que des femmes enceintes partout où j'allais. J'ai réalisé que je n'avais jamais vraiment connu la vraie jalousie dans ma vie, mais que là elle était bien présente. Je n'étais même plus capable d'aller au centre d'achat par exemple parce que ma seule préoccupation était de me demander et tenter de deviner si chaque femme en âge de procréer était enceinte....si oui combien de semaines si elle mangeait bien....etc. Dans un endroit public bondé de monde, ça devient vite épuisant. [...] Si par hasard je voyais une femme enceinte manger de la malbouffe, par exemple, je ressentais beaucoup de sentiments négatifs à son égard... et je m'en sentais coupable..»

Certaines participantes donnaient d'ailleurs des exemples de personnes plus ou moins proches d'elles. Cette proximité avec des gens qu'elles jugeaient méritée moins qu'elles de devenir parent avait tendance à les éprouver davantage :

Sarah : «Je travaillais avec une fille tsé qui avait eu 5 avortements. Pis là est tombée enceinte par accident pis elle venait de commencer à sortir avec son chum. Pis là le médecin lui a dit : *si tu ne le gardes pas, ça peut être ta dernière chance*. Faque elle a fait : *bon OK je vais le garder*. Sauf qu'elle ne faisait pas attention à rien [...] À 25 semaines, elle l'a eu, elle n'allait pas le voir à l'hôpital. Moi je faisais comme : *moi tsé garde moi je serais juste à l'hôpital, je coucherais à l'hôpital!*».

Éliane : «C'est bin frustrant pour quelqu'un qui veut tant des enfants de se dire : *OK y'en a un pis il ne réalise pas la chance qu'il a de l'avoir*. [...] Mon chum trouve ça dur aussi –je le vois. Par rapport à son frère, il essaie de lui faire réaliser la chance qu'il a d'avoir un enfant. Ça le fâche mon chum de voir que son frère s'occupe pas de sa fille. Ouin, faque ça c'est frustrant. C'est frustrant de voir que y'a des parents qui ne méritent peut-être pas de l'être. Pis quand c'est proche de toi, c'est frustrant.»

Kate : «Son frère [à mon conjoint] a des jumelles. Quand il m'a annoncé qu'il allait avoir des jumelles, j'étais tellement jalouse, j'étais comme *OMG*. C'est triste... [La situation de son beau-frère et de sa conjointe étant complexe : consommation de drogues, enfants précédents donnés en adoption, cohabitation avec les grands-parents dans un appartement de modeste dimension.] C'est comme une personne, pis je le dis sans.... mon chum le dis aussi là... sans... y'a des gens sur la planète qui ne devraient pas avoir des enfants, pis y'ont ce qu'on veut de plus au monde. Pis nous autres on ne peut pas.»

Le sentiment d'injustice est également fort lorsqu'elles désirent ardemment avoir un enfant et galèrent pour y parvenir alors que son entourage semble être capable d'y parvenir avec facilité:

Sarah : «Bin tsé c'est correct, j'accepte que les autres en ont, mais tu le vis comme une injustice pareille.»

Marie-Ève : «Tsé tu regardes, mettons tes amis. Ils commencent à habiter ensemble, ils tombent enceinte. Tsé au bureau, c'est de même [en claquant des doigts]. *Ah, je veux un enfant, je n'ai un!* Tsé c'est vraiment de même. Ça, ça accroche... Quand j'apprends ça, ça fait mal.»

Maëlle : «Pis là tout le monde alentour de toi en ont, toi t'essaies pis ça ne marche pas. C't'un peu *rough*. [...] J'ai une amie, on est amie depuis la première année [du primaire]. Pis moi qui faisais des listes d'enfants pis tout ça, elle pas du tout. Bin elle, elle a fini sa famille avant que j'aie commencée la mienne. Pis elle savait que j'en voulais plein pis tout ça. Faque c'est sûr que de la voir... Pis elle, elle disait : *bin tsé on était plus ou moins prêts, mais on se disait qu'on allait essayer*. Le mois d'après, ça marche. C'est dommage.»

Cette douleur est tellement forte que parfois l'annonce d'une grossesse, l'invitation à un *shower*, à un baptême ou à une fête d'enfant provoquent de fortes réactions émotives. À tel point, qu'elle les empêche bien souvent d'assister à ses évènements –ce que le conjoint comprend difficilement. En fait, l'appui de celui-ci dans ces situations n'est pas toujours au rendez-vous puisqu'il conceptualise difficilement l'émotivité ressentie par leur conjointe dans ces moments apparemment heureux.

Écrits courriel d'Isabelle : «Je me suis donné le droit "d'haïr" secrètement les personnes avec qui je n'avais pas d'affinité si elle annonçait leur grossesse.»

Maëlle : «Moi personnellement, je m'isolais des *showers*, tout c'qui était bébé, j'avais beaucoup de difficulté –ça me rend émotive encore. [...] On a eu beaucoup de chicanes avant parce que quand je voyais mes amies enceintes, ça me mettait quasiment hors de moi pis mon conjoint ne comprenait pas.»

Jennifer : «Mes trois meilleures amies ont eu...sont tombées enceintes avant moi, pis j'n'ai pas été capable d'aller aux *showers* parce que psychologiquement j'n'étais pas capable d'y aller. J'ai manqué ça. J'aurais aimé être là pour elles pis les soutenir. Tsé y'ont très bien compris, mais c'est ça.»

Gevie : «Je dois avouer qu'à moment donné sur Facebook, j'avais envie de *flusher* tout le monde quand qu'ils tombaient enceintes ou montraient des faces-là. C'est rendu que, parfois, même une annonce de couche *Huggies* me faisait chier.»

Félicia : «Pis quand tu veux ton enfant pis que tes cousines 10 ans plus jeunes que toi sont enceintes. *C'est arrivé, on était dans le sud, on ne s'est pas protégé un soir : bang!* Pis tsé tu deviens... moi j'étais pu capable, j'étais même pu capable d'aller à leurs *showers*, j'étais pu capable de : *Ah Sarah est enceinte, Ah Chantale est encore enceinte!* [...] Tout le monde tombe enceinte autour de toi, tout le monde accouche, t'as pas le goût d'les voir leurs bébés.»

Annabelle : «Moi, la seule chose qui me rend émotive [...] c'est quand je vois un bébé naissant. Le bébé naissant, y'a quelque chose de viscéral... ça vient me chercher pis là... seigneur juste à y penser, ça me rend émotive. Mais la grossesse comme telle ou les bébés s'ils ont 6 mois-un an, ça me dérange pas.»

Anne : «Ce [que mon conjoint] m'a dit c'est (je vais essayer de le dire sans être trop émotive), c'est : *ce qui est triste c'est que nous on n'a pas d'enfant, qu'on n'a pas de bébé. C'est ça la mauvaise nouvelle, c'est ça qui est triste et difficile. Mais la bonne nouvelle c'est qu'on a trois nièces cette année.* [...] *Cette année, on a la chance d'avoir trois nièces dans notre vie pis ça c'est une chance pis une bonne nouvelle. Pis on peut être*

dans leur vie pis être présent pour elles. Pis les inclure dans notre vie. Faque lui il arrive à faire cette coupure-là.»

Amélia : «Ce qui a été difficile, c'est que la première [fausse couche] que j'ai eue en hémorragie, c'était le 14 février et ma filleule est née de 12 février. Faque moi encore aujourd'hui, je vois ma filleule (pis je ne sais pas pourquoi, mais dans ma tête c'était une fille) et je vois une autre petite fille qui aurait quasiment le même âge... faque j'ai été les premières années de ma filleule, je lui en voulais. J'étais consciente que c'n'était pas elle, mais je lui en voulais.»

Pour se consoler dans ces moments, certaines se disent que la parentalité ne va pas au mérite ou bien qu'une grossesse demeure un évènement heureux :

Anne : «Je pense que tu te rends compte avec le temps que la paternité et la maternité, bin ça va pas au mérite. C'n'est pas comme ça que ça marche.»

Kate : «D'un autre côté, c'n'est pas comme si y'avait un bassin d'enfants pis parce qu'eux ont deux enfants qu'ils vont en enlever deux pour moi que je pourrais avoir. Tsé c'n'est pas comme ça que ça fonctionne.»

Annabelle : «Moi j'n'ai jamais été en larmes parce que quelqu'un d'autre tombait enceinte avant moi. J'n'ai jamais vu comme quoi la grossesse d'une autre allait avoir un impact sur la mienne. »

Caroline : «Pourquoi je serais jalouse? Ça va me donner quoi? [...] Je suis contente pour chacun qui arrive pis qui dit qu'elle est enceinte»

Gevie : «De là à zapper le bonheur des autres pour ça pis de les faire sentir mal?! Non. Écoute c'est un évènement heureux.»

De par ces citations, on comprend que leur infertilité a clairement eu un impact sur leur habilité à participer à certains évènements festifs ou bien à se réjouir pleinement pour leurs proches qui vivaient des moments heureux. De plus, nombreuses sont celles qui disent avoir été affectées de ressentir ce type de négativité et de ne pas avoir été capables d'être présente pour les êtres aimés. Comme le dit Félicia : «*c'est insidieux cette douleur-là.*»

6.2 Les commentaires et suggestions faits par les proches

Avant de débiter cette section, un bémol est de mise : les commentaires de l'entourage cités ici ne sont pas forcément une transcription fidèle de ce que a été dit, mais

plutôt de ce qui a été entendu et compris par les femmes interviewées –ce qui se révèle être hautement intéressant pour comprendre à la fois l’entourage et la femme infertile (Cleveland 1990 : 63). Nous verrons que, la plupart du temps, les commentaires que les femmes reçoivent sont durs à entendre puisqu’ils sont répétitifs et inappropriés vis-à-vis le vécu de l’infertilité. Apparemment, lorsqu’il est sujet d’infertilité, les gens sont maladroits et méconnaissant.

Sarah : «Les gens ne sont pas maladroits comme ça avec d’autres choses, mais avec ça pis le deuil périnatal, je te dirais que les gens sont maladroits [...] par manque de connaissances probablement».

Mica : «Au début j’étais offusquée par ces commentaires-là parce qu’en général je trouve que c’est des commentaires qui manquent... qui manquent d’empathie... dans le sens que... tous ces commentaires-là ont la pensée sous-jacente que c’est de ma faute. [...] Y’a comme un malaise chez les autres. Pis je comprends ça aujourd’hui parce qu’ils se sentent mal pis c’est à brûle-pourpoint... c’est comme il faut qu’ils répondent quelque chose; ils ne peuvent pas rien dire! [...] Mais là, aujourd’hui, je comprends que l’origine de ça c’est un malaise. Sont pas méchants.»

Amélia : «Ma mère m’a même dit à moment donné : *peux-tu bin me dire comment qu’on t’a faite?* Tsé des phrases pour se rassurer eux, mais que nous autres, qui nous rentrent dedans à chaque fois parce qu’on n’a pas besoin de ça; on a besoin d’amour. Justement, comme mon frère dit : *je sais tellement pas quoi te dire que je ne dis rien*. C’n’est pas mieux non plus.»

Marie-Ève : «Ça les commentaires... c’est pour ça qu’au bureau y’a en a qui j’en parle pis y’en a, c’est bin de valeur, mais qui ne savent même pas le quart de ce qui se passe. Justement parce que les commentaires qui blessent pis qui s’en rendent pas comptent. Pis c’n’est pas parce qu’ils veulent blesser, ça je suis d’accord, mais ils ne savent pas de quoi qu’ils parlent.»

Anne : «Les gens ne savent pas quoi répondre, y’a pas de réponse, y’en a pas. Vraiment gros malaise. [...] Pis en plus de ne pas savoir quoi répondre, ils veulent régler ton problème. Faque ils disent à peu près n’importe quoi. [...] Je ne comprends pas comment les gens peuvent se permettre ce genre de commentaires là. Pis c’n’est pas aidant, c’n’est pas aidant du tout, du tout.»

Selon Élodie Grolleau, une psychanalyste sexologue :

«L’entourage est toujours maladroit, par définition il est maladroit. Parce que quand on est confronté à une nouvelle difficile, on ne sait pas comment réagir, on est

démuni. On est quand même dans une société où on est dans le plaisir; où on n'a pas le droit d'être malheureux et si on est confronté à un incident, bin faut faire avec» (documentaire *Quand l'enfant se fait attendre*).

Les participantes abondent en ce sens puisqu'en dépit de certains commentaires maladroits, elles avouent que c'est surtout le fait que leur situation d'infertilité provoque un profond malaise qui engendre des réactions n'aidant pas de la part de leurs proches:

Sarah : «[Les gens disent] *Pourquoi t'as pas d'enfant? T'en veux-tu?* Tu dis *ouais, mais je ne suis pas capable*. Pis déjà là tu crées le malaise [...] Les gens ne veulent pas aller plus loin dans la discussion».

Amélia : «La famille, oui on avait un support de nos parents, mais en même temps, maladroit comme support. [...] Trop mal à l'aise pour parler de ça, trop tabou. [...] *On compatit, mais on s'est tellement pas quoi dire, on ne connaît tellement pas ça, qu'on aime mieux se taire.*»

Anne : «Je sens que souvent y'a des conversations qui sont évitées ou des questions qui sont évitées par rapport à ça. Je me sens pas isolée, pis oui je me sens quand même appuyé là-dedans même si c'est maladroit parfois. [...] Je me sens supportée, mais pas par tout le monde. Je sens que le fait que ça puisse être troublant et me déranger, ça dérange des personnes.»

Félicia : «J'avais une de mes collègues de travail dans ce temps-là qui était tombée enceinte drette au début de mes traitements pis elle m'avait comme dit : *je m'excuse, mais j't'enceinte*. C'est parce qu'elle avait comme 22 ans. Mais c'est ça, je pense que les gens marchent un peu sur des œufs autour de toi.»

Caroline : «Les gens sont gênés des fois de m'inviter à des évènements comme ça parce qu'ils pensent me faire de la peine. Mais ça m'insulte plus que d'autres choses quand ils invitent tout le monde sauf moi.»

«On dirait que c'est les gens autour de moi qui le vivaient moins bien.

Intervieweuse: Qu'est-ce que voulez dire?

Gevie : Exemple, quand qu'on a décidé d'avoir un enfant, moi ma belle-sœur était déjà enceinte. Faque là, quand qu'elle a eu son enfant, elle m'a dit *tu vas voir [Gevie] ça va être bientôt ton tour, pis ça viendra comme ça viendra aussi*. Pis bon, c'est sûr que ça va venir. *Faut pas se décourager*. Quand qu'elle est tombée enceinte de son deuxième, elle m'appelle pour me l'annoncer. Pis elle dit : *j'espère que... tsé je veux pas te faire de peine*. Mais pourquoi ça me ferait de la peine? [...] C'était plutôt elle qui avait un malaise envers moi.»

Les commentaires que les infertiles reçoivent sous-entendent souvent qu'ils sont responsables de leur situation –dans le sens qu'on les décrits comme incompetents sexuellement, comme crispés psychologiquement, comme des égoïstes ainsi que des matérialistes (Sandelowski 1993). Le fait que l'on suggère aux femmes dont les conjoints ont des enfants de se contenter de ce statut, est un exemple de la forme d'égoïsme qu'on leur attribue. Du côté masculin, on associe encore fortement la virilité à la capacité reproductive et à l'impuissance puisque reproduction invoque performance sexuelle –c'est probablement pour cela que quelques participantes se sont faites offrir par d'autres hommes d'avoir des relations sexuelles avec eux (Chateauneuf 2011 : 167, Sandelowski 1993 : 25 et Becker 2002 : 119). Voyons les commentaires à quoi les participantes ont eus droit :

Annabelle : «Tsé tout le monde a son opinion. Je me suis déjà faite dire par ma belle-mère, dans les débuts, *bin voyons donc, arrête ça, tu vas être heureuse avec ton mari pis ton beau-fils.*»

Félicia : «Moi mes beaux-parents, au début, ils ne comprenaient pas. Ils étaient là : *bin t'en as deux*. Non, ils ne comprennent pas les gens : *bin là tsé c'est pas grave si jamais vous ne pouvez pas en avoir, t'en as deux*. Non, c'est pas mes enfants. Y'a plein de monde qui me disait ça : *Ouin, mais au moins [ton conjoint] en a deux*. Ça l'a aucun rapport. Non, vraiment. Vraiment, ça l'a aucun rapport. C'est les enfants des autres. Tsé moi à qui je vais léguer mon alliance, à qui je vais léguer mes assurances. Je ne vais pas donner ça à ses enfants. Moi je veux avoir mon enfant à moi.»

Anne : «Je me suis fait dire, ça c'est la phrase qui me dérange le plus, non c'est pas vrai, c'n'est pas celle qui me dérange le plus, mais celle que je trouve la plus absurde, c'est : *ah j'espère que vous n'êtes pas incompatible*. Incompatible? [...] Pourquoi tu dis ça? Pis c'est quoi, les spermatozoïdes de mon chum quand qu'ils voient mon ovule ils font : *ah non pas elle*, pis ils s'écrasent là pis ils meurent? C'est quoi cette théorie-là? [...] C'est juste : dit rien! » Anne a reçu aussi plusieurs commentaires sur ses performances sexuelles : «Ma mère m'a demandé si on faisait assez souvent l'amour. [...] J'ai juste dit : *hein pour faire des bébés faut faire l'amour? Avoir su!* [...] Je me suis fait suggérer de faire l'amour à quatre pattes à la pleine lune. C'est super efficace.»

Amélia : «Des commentaires : *pourquoi ça ne marche pas? Je vais m'en occuper moi!*»

Mica : «Euh, y'a une amie qui me disait *ah moi j'ai... c'est important de lever tes jambes après! Moi en tout cas ça l'a marché.*»

Marie-Ève : «Pis y'a des gens qui ne comprennent pas. Je me fais dire *bin tu ne dois pas assez faire l'amour*. Euh pardon?!»

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à s'être faites dire qu'elles y pensaient trop, qu'elles devaient décrocher et que le stress était négatif dans leurs efforts procréatifs (Chateauneuf 2011 : 168). Ce type de conseil souvent donné sous la forme de «*arrête d'y penser, ça va arriver*» et «*pars en voyage*» expriment l'idée que le fait de s'abandonner au plaisir favorise la procréation. Toutefois, ce discours sous-entend aussi que la femme est responsable de sa propre infertilité; qu'elle a le contrôle et la capacité d'y remédier. Elle devrait ainsi continuer de désirer, mais arrêter de vouloir; centrer sa vie sur le désir d'enfant, mais cesser d'y penser; et tout cela par un geste de spontanéité délibéré et un abandon pleinement conscient (Cleveland 1990 : 37 et 93).

Caroline : «*Penses-y pas*. Je me l'ai fait dire pas plus tard qu'hier d'une madame que j'ai rencontrée. [...] Voyons donc! Je m'injecte des affaires partout, y'a pas une journée dans ma vie que j'y pense pas. Faut je prenne mes rendez-vous, j'ai des alarmes sur mon téléphone qui me disent quand prendre mes médicaments. Là si je veux aller au restaurant le soir, j'ai une injection à me faire à telle heure, faut j'amène mon médicament, faut je trouve un moyen de m'injecter ça. Mon chum des fois n'est pas là, s'injecter dans les fesses c'n'est pas évident toute seule. Je ne peux pas juste pas y penser! Non ça l'arrivera pas par accident.»

Kate : «Pis le monde dit : *arrête de stresser avec ça; ne stresse pas; pense-y pas, ça va arriver*. Tsé t'entends tous les mêmes *mausus* de stéréotypes, pas les stéréotypes, mais les clichés plutôt.»

Anne : «Y'a une amie qui m'a dit ça. Je pleurais là, j'étais en train de pleurer, pis tout ce qu'elle trouve à dire c'est : *arrête d'y penser*. C'est comme *tu veux que j'arrête d'y penser, mais là en ce moment y'a des larmes qui coulent pour une raison!* [...] Ça veut dire quoi arrêter d'essayer? On fait pu l'amour? On se dit qu'on en veut pu, mais on fait l'amour sans protection? [...] Je me suis faite dire dans la même semaine que je voulais trop pis que peut-être je ne voulais pas assez aussi. [...] À quel point t'es dans ma tête pour savoir?»

Maëlle : «On voit à gauche à droite que tout le monde a des bébés pis qu'ils te demandent : *pis toi c'est pour quand?* Met que ça marche... *Arrête d'y penser, ça va marcher!*... Euh ouin... on dirait que non.» Maëlle a aussi reçu les fameux commentaires sur le sous-disant bienfait d'un voyage: «Le pire c'était surtout genre : *y pense pas, c'est parce que tu y penses trop, pis t'en veux trop, pense à d'autres*

choses. Là y'avait aussi : *va sur l'île je sais pas trop où dans les îles vierges, ça marche*. OK. Là y'a des limites je paierais pas genre 20 000\$ pour un voyage pour essayer que peut-être...»

Amélia : «On est parti 7 à Cuba. J'ai dit *regarde, on s'en va décrocher, on s'en va*. Et là, tout l'entourage *ah vous allez voir, c'est là que ça va marcher, vous allez tellement décrocher, vous allez faire un petit bébé à Cuba*. On s'en va pas faire un bébé, on s'en va décrocher!»

Mica : «Quand ça fait 7 ou 8 ans qu'on essaye, on commence à s'habituer à ces commentaires-là. C'est sûr y'a des commentaires qui reviennent, y'a les classiques. [...] *Va en vacances, ça va t'arriver; arrête d'y penser, ça va t'arriver*»

Jennifer : «Ils disent que c'est quand tu lâches prise dans vie que ça ne marche, mais ça ne marche pas comme ça, tu ne décides pas du moment où tu lâches prise.»

Éliane : «Pis comme tout le monde n'arrête pas de dire *met que t'arrêtes d'y penser*. Ça j'ai l'goût de tuer plus j'entends cette phrase-là. Je viens agressive. J'ai été tellement bête avec mon beau-père qui m'a dit ça. [...] Là je lui ai carrément dit : *ça c'est la pire chose à dire à un couple infertile ça pis avec des yeux pour l'étriper aussi*. [...] Je trouve ça plate de réaliser que ça me rend amer et méchante comme ça, mais c'est plus fort que moi. Cette phrase-là c'est tellement la pire pis on l'entend tellement souvent pis je suis juste pu capable. Je voudrais bin, je voudrais bin arrêter d'y penser pis que ça marche!»

Les gens, en mentionnant de ne plus y penser, ne réalisent pas qu'il est impossible de ne plus y penser quand on doit chaque matin prendre sa température, planifier ses relations sexuelles, se présenter régulièrement à la clinique de fertilité, adsorber quotidiennement des comprimés d'hormones, etc. et que le désir n'est pas quelque chose de contrôlable (Ouellette 1988 : 28).

6.3 Effets sur les relations sociales

Comme vu précédemment, certaines situations et commentaires affectent grandement les personnes infertiles. C'est donc selon l'appui reçu et les commentaires donnés que certaines relations sont renforcées ou bien détruites durant la quête de parentalité des infertiles. Voyons quelques extraits des récits des femmes sur le support qu'elles ont reçu et son effet positif :

Marie-Ève : «Mes amis proches, ils m'encouragent. [...] Ma famille aussi c'est sûr. Mes parents sont super, sont en arrière de nous. Ils nous encouragent là-dedans.»

Amélia : «Mon père, ça l'a affecté beaucoup, mais dernièrement ça nous a rapprochés, y'est plus ouvert. Ma mère est plus maternelle depuis qu'elle sait que j'n'en aurais jamais.»

Kate : «Ça m'a vraiment rapproché d'une amie qui vit la même chose que moi. Parce qu'avant c'était une collègue de travail [...], mais on n'était pas aussi proche que maintenant. Maintenant, on est vraiment rendu des bonnes amies.»

Isabelle : «Mes ami(e)s, qui était dans mon cercle de vieux ami(e)s, j'ai eu des appuis inconditionnels, j'n'arrive même pas à le qualifier tellement que ça ne pouvait pas être plus parfait. [...] J'ai des amis du travail qui étaient des amis du travail là... Mais que depuis je me suis beaucoup rapprochée parce que j'ai eu beaucoup d'appui de leur part.»

Jennifer : «Dans mes amies, c'est là où j'ai eu le plus d'écoute vraiment. Mais tsé, mes amies sont extraordinaires, j'ai des amies en or vraiment. Y'ont vraiment écouté sans juger. Pis des : *as-tu besoin d'aide? Comment je peux t'aider?* Pas, tsé quelqu'un qui t'impose pas son aide. [...] Je suis très proche de ma belle-famille. Ma belle-mère était *all the way* avec nous autres. Elle nous a écoutés, nombre de fois qu'elle nous a dit : *si vous avez besoin que j'y aille pour n'importe quoi, que ça soit partir une brassée de lavage, faire une lasagne ou assister à vos rendez-vous.* [...] Tsé, elle a offert l'aide, mais sans pression. C'était tout le temps : *oubliez pas je suis là?!*»

Par contre, certaines situations avec les proches ont plutôt été vécues négativement par les participantes:

Maëlle : «J'arrive à maison pis je dis à mon conjoint : *j'ai eu un appel pis finalement je ne suis pas enceinte.* [...] Le samedi –ça c'était le vendredi soir– le samedi matin, ma mère m'écrit : *ah faut je descende [ton frère] a une grande nouvelle a m'annoncé.* Moi je fais un plus un égal deux. Mais là ils s'en venaient chez nous. [...] Nenon, tu t'en viens pas chez nous annoncer toé icitte que... C'est fâchant, j'apprends la veille que je le suis pas pis là faut que je digère ça. J'ai dit non. [...] Mais là, ça ne marche pas. Chicane de famille parce que j'ai pas le droit de réagir comme ça.»

Amélia : «C'est ça qui est difficile, les amis s'éloignent de plus en plus parce qu'ils sont mal à l'aise. C'est tellement difficile de vivre ça parce que tu –bin moi je– veux du soutien. [...] Quand j'ai su que j'avais perdu le bébé, j'avais une amie, qui c'était mariée dans la même année que nous autres, un couple d'amis, pis quand j'ai voulu arrêter la pilule, elle m'a dit *attends-moi.* Bin non tsé voyons je t'attendrais pas là. Pis quand j'ai perdu le bébé, la même journée que je l'appelais pour lui annoncer que j'avais perdu –bin que j'étais enceinte et que je l'avais perdu parce qu'elle le savait pas–, elle m'a annoncé qu'elle était enceinte. Je lui ai dit : *félicitations.* Elle m'a dit –c'était par téléphone– elle

m'a dit : *t'es bin plate, t'as même pas l'air heureuse pour moi.* Je lui ai dit : *oui je suis contente, scuse moi si je ne saute pas au plafond, moi je t'en peine.* Elle a jamais rien compris, la relation d'amitié, elle a décidé que non, s'était finie, elle a coupé les ponts.»

Isabelle : «Ça m'a éloigné d'une de mes amies [...] parce qu'elle a eu trois enfants en trois ans. Faque c'est sûr que je comprends tout à fait que sa vie ce n'était que ça. [...] Elle s'est quelqu'un qui est plus tournée vers elle et qui est plus *Drama Queen*. Ça fait sa couleur, mais ça fait qu'elle vivait tout plus intensément pis elle se confiait à moi, mais sur des sujets qui étaient fragiles pour moi. [...] À moment donné moi j'ai commencé à être plus en détresse moi-même, a essayé d'en parler plus, pis la place n'était pas faite. Tsé le pattern était installé que moi je parlais moins de mes affaires tsé. [...] J'allais chercher mon appui ailleurs, sauf que je me suis rendue compte qu'au bout du compte j'avais pas faite ma place dans cette relation-là pis que je perdais une amie parce que j'avais plus de choses qui ne me convenaient pas que de choses qui me convenaient dans la relation finalement.»

Le conjoint a souvent été mentionné comme étant le pilier des femmes infertiles tout au long de leur parcours de quête de fertilité, même si la relation n'a pas toujours été au beau fixe :

Sarah : «Y'a toujours été soutenant. Y'a toujours été très, très soutenant là-dedans. Toujours très : *ce n'est pas grave si on n'en a pas d'autres, oui j'en veux d'autres, mais ce n'est pas grave.*»

Caroline : «Je trouve que c'est une épreuve qui nous rapproche.»

Isabelle : «Y'était là à tous les rendez-vous sans exception. Pour lui c'était hyper important. Des fois je lui disais même : *hey là, c'est juste un petit écho là, même pas dans la stimulation.* [Monsieur répondait] *Nenon nenon, faut que je sois là à toutes les étapes.* Pour lui c'était hyper important. Faque ça, ça y fait pour beaucoup. [...] J'n'aurais pas pu demander mieux. Ça confirmait quelque part mon choix de père, de conjoint. Ça me reconfortait là-dedans. [...] Ça nous a beaucoup rapprochés. Je pense qu'on a comme ... y'a eu des tempêtes c'est sûr, mais je pense qu'on a beaucoup appris à construire notre dynamique de chicane saine. On s'est rapproché beaucoup là-dedans. Ça ne nous a jamais détruits. Ça nous a toujours construits en fait. Dans les tempêtes, on en ressortait toujours plus forts. [...] Ça fait partie de notre histoire pis je pense que ça nous a bien construit en tant couple pis en tant que parent aussi.»

Maëlle : «On ne le vit pas de la même façon. C'est sûr qu'on a trouvé qu'au début, pas que ça faisait une distance, mais moi j'avais bin de la misère à vivre mes émotions. Pis lui, y'avait de la misère à me voir pleurer. [...] Il ne savait pas quoi faire et il avait le don de dire pas les bonnes choses.»

Jennifer : «Y'a été très indulgent envers moi, pis tsé il m'assistait autant qu'il a pu, tous les examens qu'il a pu, il était là. Faque ça nous a rapproché, malgré que c'était difficile pis que tsé y'a des soirs c'étaient comme *touche-moi pas, regarde-moi pas, parle-moi pas, j'ai besoin d'être dans ma bulle.*»

«Intervieweuse : Le plus grand soutien que vous avez eu, ça venait de qui?

Annabelle : De mon mari. Mon mari pis une amie avec qui je peux parler de vraiment n'importe quoi pis qui est vraiment plus à l'aise avec les émotions.»

Gevie : «Mon soutien c'était vraiment mon conjoint. [...] Dans mon cas à moi, ma perception à moi [...], ça fait juste renforcer de dire : *Mon dieu j'ai tellement un bon conjoint entre les mains, je me vois avec lui. Si on a passé à travers tout ça, les petits bobos et les petites difficultés de la vie quotidienne c'est un pète pour nous autres.*»

Félicia : «Ça nous a rapprochés. Ce qui nous a rapprochés c'est vraiment toute la stimulation ovarienne parce qu'on est allé à tous les rendez-vous ensemble. Moi, j'ai jamais été à un rendez-vous toute seule.»

Éliane : «Je pense que je trouve ça plus *rough* que lui. [...] Mais en même temps, je pense qu'il met un peu ses émotions de côté pour me soutenir quand ça l'arrive.»

Il va sans dire que l'infertilité n'épargne pas les relations professionnelles. En fait, il est difficile de cacher à son employeur que l'on est en traitement de PMA quand on doit se rendre à un nombre considérable de rendez-vous –ce que l'employeur et les collègues prennent plus ou moins bien :

Jennifer : «Mais au travail, bon y'a des gens qui ne comprennent jamais rien de rien dans la vie pis qui comprendront jamais. Mais de façon générale, les gens étaient très ouverts, les gens me demandaient des nouvelles. [...] Le soutien à mon travail ça m'a vraiment fait chaud au cœur parce que c'est là que c'est le plus dur à vivre.»

«Intervieweuse : Vous, votre employeur, ça l'a bien été?

Caroline : L'employeur oui, c'est les collègues qui chialent. [...] Mes boss c'est bien correct, c'est vraiment plus mes collègues. Pas toutes, mais y'en a beaucoup que tsé : *c'est quand tu vas comprendre que ça ne marchera pas?* Je ne sais pas! Quand est-ce que tu vas comprendre que ce n'est pas de tes affaires? Tsé, toi tes enfants tu les as eus facilement, mais si je t'avais dit que ça t'aurait pris 5 ans d'effort, est-ce que tu trouves que ça vaut la peine? *Bin oui, bin oui! Je les aime mes enfants.* Bin regarde, c'est identique dans un sens.»

«Y'avait eu beaucoup de pression au travail. [*Monsieur*] *faudrait que tu manques un peu moins souvent.* [...] Il s'en faisait dire aussi. *OK tu manques encore* [*accent mis par la*

participante] dans deux jours? OK, bin ça finit quand cette affaire-là? Mais moi de mon côté au travail, c'était vraiment, écoute...moi j'en avais parlé à ma boss parce que dans le fond c'était une nouvelle patronne qu'on avait. Je suis allée la voir pis à notre première rencontre c'était : OK, t'es qui toi, bla-bla-bla. Pis moi je lui avais dit : écoute-moi va falloir que j'aïlle en fécondation in vitro [...] pis ça implique beaucoup de médicaments, beaucoup de temps. Pis elle m'avait dit : regarde [Félicia], y'a rien de plus important dans la vie. C'est ta vie. Faque tsé moi je te dis qu'on va essayer de s'accommoder le mieux qu'on peut.

Intervieweuse: Faque vous vous êtes sentie bien là-dedans?

Félicia : Vraiment accompagné. Toutes mes collègues de travail étaient là *bon OK [Félicia] à un rendez-vous à matin, moi je la remplace pour telle affaire. Là je revenais dans l'après-midi pis je leur disais j'ai un autre rendez-vous dans deux jours encore. [...]* Tout le monde s'était vraiment mis ensemble pour que ça fonctionne. Pis j'étais avec eux quand j'ai appris que j'étais enceinte [...] Tout le monde s'est mis à pleurer, tout le monde était tellement content. Moi j'ai vraiment été accompagné par mon travail.»

«[Le patron] de mon mari oui, beaucoup y'est ouvert, mais c'est sûr que lui les conséquences sont pas les mêmes. Lui, c'est tsé d'aller à la clinique faire son don. Mais moi, ça dépendait vraiment. J'ai changé de patronne en cours de route, puis ça l'a été beaucoup plus difficile avec la nouvelle patronne.

Intervieweuse : Elle comprenait moins?

Annabelle : Ouais, y'avait moins de compréhension.»

Isabelle : «[Mon conjoint] a toujours eu des horaires très flexibles. Y'a eu des patrons hyper, hyper accommodants. [...] Moi de mon côté [...] j'ai beaucoup *dealé* toutes mes affaires avec mon supérieur immédiat, qui était très compréhensif. Il connaissait mon histoire et il m'a toujours accommodé. [...] J'ai eu un super appui. Il fait partie de l'équation de la réussite parce que sans ça, j'aurais été vraiment mal.»

Une participante qui est pharmacienne : «J'ai l'impression que depuis que je suis en fertilité toutes les patientes enceintes qui ont des questions sur la grossesse, sur les fausses couches, c'est moi qu'elles appellent. C'est tout moi qui tombe dessus. Les pilules du lendemain aussi, j'ai trouvé ça dur dans certains cas. Des commentaires de patientes des fois en consultation; j'avais le goût de les étriper.»

«Intervieweuse : Est-ce que vos collègues étaient au courant aussi de la situation?

Maëlle : Oui. Ça l'enlève la magie. Tsé t'as beau dire des fois : *je vais attendre que le trois mois soient faits pour en parler?* Bin je ne peux pas avec eux autres.»

«[Ma patronne] est capable de calculer deux semaines après, le test va-tu être positif. Pis elle, elle veut le savoir au PC¹¹⁰ là. Je trouvais ça plate.

Intervieweuse : Indélicat?

¹¹⁰ Signifiant au plus vite.

Éliane : Oui, mais c'est surtout qu'une femme qui tombe enceinte normalement va souvent attendre à sa 12^{ème} semaines, après le 1^{er} trimestre, pour l'annoncer. Moi elle m'attend, le lendemain du test. Faque ça je trouvais que c'était déplacé de ne pas avoir le droit à mon intimité.»

Kate : «Ma [patronne] qui m'a dit : *it's the easy way out*. J'ai dit : *excuse me?* J'ai dit : *as-tu une idée de ce dont tu parles en ce moment?* J'ai dit : *c'est la pire chose que tu peux vivre de ta vie, as-tu une idée de comment ça fait mal? Y'en a peut-être des gens qui essaient pas assez longtemps avant de le faire [...] pis y'en a peut-être des gens qui profitent un petit peu du fait que c'est gratuit, mais c'n'est pas the easy way out. C'est une façon d'y arriver, mais c'est pas the easy one. Ah j'étais insultée quand elle m'a dit ça.»*

Bref, que ce soit au sein de la famille, du cercle d'amis ou du réseau professionnel, l'infertilité attise la curiosité et les gens semblent prompts à émettre des commentaires. Toutefois, lorsqu'ils le font, ils sont rarement conscients que cela a un impact émotif pour la personne infertile. Ce que recherchent avant tout ces personnes, ce n'est pas que l'on s'apitoie sur leur sort, mais qu'on les supporte; ce n'est pas qu'on émette des commentaires ou des suggestions, mais qu'on les écoute; ce n'est pas qu'on leur force la main en imposant notre aide, mais qu'on respecte leurs besoins.

6.4 Pressions sociales et isolement

Certaines participantes ont admis avoir à remettre les pendules à l'heure vis-à-vis certains proches puisque cela leur mettait de la pression supplémentaire à celle qu'elle se mettait elle-même :

Sarah : «Y'a fallu que je remette ma belle-mère à sa place. [...] Est pleines de bonnes intentions là, c'est une femme adorable, pis elle veut dont bin être fine pis te dire la bonne affaire, sauf que, elle se met les pieds dans bouche la plupart du temps».

Éliane : «Ma mère [...] avait tendance à : *bin là quand est-ce que vous allez?* [...] Pis moi j'avais déjà commencé pis la connaissant j'n'avais pas envie de lui dire parce que je le savais qu'elle allait nous harceler là-dessus. Pis j'avais juste manifesté à moment donné : *écoute je n'aime pas ça quand tu me poses cette question-là parce que ça me met de la pression.* [...] Ma mère n'est jamais coupable de rien faque ça donne rien de rentrer plus que ça dans la discussion.»

Anne : «J'avais dit à mon beau-père, qui nous fatigue depuis au moins 4-5 ans pour avoir des petits-enfants (tsé tu lui demandes ce qu'il veut pour Noël pis c'est des petits-enfants), je lui avais dit : *je ne veux pas que tu m'en parles, que tu passes ton temps à me demander si je suis enceinte*. Moi, j'n'aime pas beaucoup l'alcool [...], je veux pouvoir refuser un verre d'alcool sans que tout le monde se mette à dire que je suis peut-être enceinte. L'espèce d'analyse, pis regarder mon ventre, [...] je ne veux pas ça. Faque je lui avait dit à mon beau-père : *parles moi en pas, quand ça va être le cas, tu vas le savoir.*»

Amélia : «Y'a fallu que je fasse : *regardez on va régler quelque chose, ça ne marche pas, faque arrêter de nous souhaiter des enfants*. On n'était pas marié qu'on se faisait souhaiter de se marier. Pis le jour qu'on s'est marié, on s'est fait souhaiter des enfants parce que ça faisait longtemps qu'on était ensemble. [...]Tsé au début, je me disais qu'avoir un enfant tsé ça va être notre famille, vu que je ne me sens pas aimée comme je dois par ma famille, je vais avoir ma famille à moi. Mais plus ça avance, plus t'en as pas d'enfant. Là tu fais comme *okay*. Pis quand j'ai fait ma grossesse ectopique, j'ai été capable d'avouer que j'étais quasiment contente de l'avoir perdu parce que je le faisais pour mes parents. C'était rendu là à moment donné, tellement que la pression était lourde. Le côté catholique et religieux était tellement présent dans ma famille, que j'ai comme fait *my god ça l'a pas de sens. Je suis rendue à un point de vouloir un enfant tellement à tout prix pour satisfaire mes parents. Ça l'a viré comme ça à moment donné.*»

Gevie : «C'est arrivé une fois par exemple que j'ai dû expliquer à ma mère –parce que ma mère c'est son premier petit-enfant–, c'était intense : *Pis? Pis? Je vais-tu être grand-mère? Là, à moment donné, je lui ai dit : écoute maman, je sais que t'as hâte, moi aussi j'ai hâte, mais là arrête de m'en parler parce que à chaque fois que tu m'en parles, c'est rendu que ça me blesse parce que ça me rappelle la réalité : que là je ne suis pas encore enceinte. Faque stp, je sais que t'as hâte, mais... c'n'est pas mal intentionné de ta part, mais là arrête. Là à chaque fois que tu m'en parles, ça me blesse*. Elle a plus ou moins respecté.»

Annabelle : «Ma pression je l'ai senti de ma mère. Depuis même avant que j'aille commencer à essayer, j'ai senti qu'elle m'envoyait des messages assez clairs comme quoi elle avait le goût d'être grand-mère. [...] Mon père a peut-être moins le besoin, moins la fibre grand-père. Je ne sais pas.»

Isabelle : «Ça me faisait comme tellement de peine de pas pouvoir offrir ça à mes parents et faut dire aussi que mes parents –beaucoup ma mère– est d'une extrême compassion, un peu trop. [...] J'n'aurais pas été capable de gérer la peine que je lui aurais provoquée.»

«Intervieweuse : Est-ce que vous trouvez que c'est une pression supplémentaire?

Mica : Ouin. Ouin. Bin je veux dire, je les comprends de vouloir des petits-enfants et tout ça. C'est un sentiment tout à fait louable et tout ça. Sauf que c'est sûr que ces attentes-là mettent effectivement une pression sur moi plus grande. Mais en tout cas j'essaie beaucoup ces temps-ci de... bin d'essayer d'écarter ça pour dire : *ouais fine c'est c'qu'ils*

veulent, mais je fais mon possible pis ça sera c'que ça sera. On va faire notre possible tsé.»

«Ma mère a toujours été sûre qu'elle serait grand-mère un jour. [...]

Intervieweuse : Vu qu'elle a toujours su qu'elle serait grand-mère, est-ce que vous avez senti un peu de pression de lui donner un petit-enfant?

Félicia : C'est clair. Pis ça faisait partie aussi de l'urgence d'avoir un enfant parce que je me disais *je peux pas... tsé ma mère est célibataire, elle n'a pas beaucoup de sous. C'était nécessaire pour moi de lui faire vivre ça. Faut que mère devienne une grand-mère. Il faut absolument qu'elle devienne une grand-mère. Je sentais la pression de lui permettre d'avoir cette relation-là dans sa vie.»*

Nous remarquons ici que la pression est souvent exercée par les grands-parents en devenir (indistinctement maternels ou paternels). Ceci nous ramène d'ailleurs aux concepts de terminologie et de nomenclature abordées dans la section sur la parenté et qui mentionnent que dans chaque société des personnes avec des rôles sociaux déterminés sont censées avoir plus d'importance que d'autres. C'est d'ailleurs ce qui ressort ici, tout au long de la vie d'un individu, ses parents demeurent des agents importants. Et puisqu'avoir des enfants est important, mais avoir des petits-enfants est tout aussi important, cela ajoute de la pression aux individus pour qu'ils permettent à leurs parents d'accéder au statut de grands-parents. Dès lors, même si nous sommes dans une société hautement individualiste, nos schèmes de parenté continuent d'avoir de grands impacts sur nous.

Néanmoins, pour d'autres participantes, ce n'est pas tant la pression que l'isolement social qui a été dur à vivre –et qui l'est encore pour plusieurs :

Mica : «On souffre beaucoup d'isolement. Probablement parce que c'est encore un tabou dans notre société pis que les gens qui ont des enfants ne comprennent pas. Ne comprennent pas et n'arrivent pas à être empathique à notre situation.»

Éliane : «Je suis la seule –je ne connais pas personne dans mon entourage qu'y en n'a pas. [...] Je me trouvais encore toute seule à vivre ce que j'avais à vivre.»

Amélia : «On a vécu ça à deux, aucun support. Fallait être fort. [...]Moi je ne pouvais pas parler à personne, autant filles que gars dans mon entourage : frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, ami(e)s, pis j'ai pas de collègues de travail en étant travailleur autonome. Je pouvais juste parler à mon conjoint parce que je ne pouvais pas parler de tout ce que je ressentais à personne. [...] On était abandonné, abandonné vraiment. [...] Ce qui m'a aidé

c'est que mes clients avaient des animaux. Faque je collais leurs animaux et je braillais avec les chiens ou les chats de mes clients dans mes bras. C'était mon seul réconfort que j'avais. C'était vraiment comme, il fallait que je parle à quelqu'un. J'étais consciente que c'était con de parler à un chat ou un chien, mais j'n'avais pas le choix.»

Avec les chapitres précédents, il a été vu que l'expérience en clinique et le vécu émotif de l'incapacité à concevoir naturellement avec son conjoint sont extrêmement difficiles à vivre. Si l'on ajoute à cela l'impact que cette condition a sur les relations sociales, la pression ressentie de la part des proches et l'isolement, on prend pleinement conscience que l'infertilité est présente à presque chaque moment de la vie des infertiles et que sans support, il est facile de sombrer dans la dépression (ce que plusieurs femmes à cette étude ont expérimenté d'ailleurs).

Un point que l'on remarque également –et qui est hautement pertinent– est que le désir d'enfant et les tentatives pour le concrétiser vont de pair avec le fait d'être en couple¹¹¹. Ceci peut sembler surprenant puisque nous sommes dans une société dans laquelle avoir un enfant seul est techniquement faisable et que la monoparentalité est chose fréquente. Toutefois, comme vu dans la section sur la parenté, il existe beaucoup de pressions sociales visant à éliminer le célibat. Ainsi, même si un québécois célibataire n'a pas un statut moindre, la pression sociale qui est exercée sur lui est pour qu'il se mette en couple –ensuite elle sera pour qu'il ait des enfants. Il est, par ailleurs, rare qu'une personne affirme désirer demeurer célibataire toute sa vie et fonder sa famille par elle-même (quoiqu'une étude sur le sujet serait extrêmement intéressante). Toutefois, il semblerait que l'importance est encore mise sur le fait qu'un enfant se doit d'avoir la présence d'un père et d'une mère afin d'avoir un modèle de chaque sexe. Nous voyons encore ici que nos schèmes conceptuels de parenté ont un impact non négligeable et qu'ils demeurent assez traditionnels, et ce malgré les avancées technologiques qui permettraient de les modifier.

¹¹¹ Mentionnons en plus que sur l'affiche de recrutement il était précisé que la femme pouvait être célibataire.

Chapitre 7 : le Projet de loi n°20

Le projet de loi n°20: *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (2015) dit viser l'amélioration de la santé, de la sécurité et de l'éthique dans les choix des traitements offerts aux couples infertiles. Nous verrons dans ce chapitre qu'à bien des égards, il manque sa cible à un tel point que l'on peut remettre en question ses intentions. À ce stade, il est préférable de préciser, que je suis personnellement majoritairement en défaveur de ce projet de loi et que les points soulevés dans cette section sont potentiellement biaisés. En fait, un manque à combler et qui biaise probablement cette section serait l'avis des parlementaires et certaines justifications à leur décision finale d'amender le Projet de loi. En dépit de ce manque, il m'était néanmoins inconcevable de parler du vécu de l'infertilité des québécoises et de ne pas parler de la législation et du Projet de loi n°20. Après tout, la situation du Québec avant l'amendement de ce Projet de loi était ce qui faisait, en partie, sa spécificité et puis ce Projet de loi a eu un impact non négligeable sur les femmes rencontrées. Nous ferons donc une brève revue de l'historique législatif entourant la PMA au Québec, nous présenterons des statistiques, nous élaborerons les mises en garde émises par diverses instances dans le domaine et les multiples recommandations visant l'amélioration (et non l'abolition) du programme de subvention de la PMA. Ainsi, toutes les recommandations et mises en garde mentionnées dans ce chapitre ont été adressées lors des sessions parlementaires par diverses instances. Précisons toutefois que ce ne sont pas toutes les instances ayant rencontrées les parlementaires dont les avis seront exposés ici pour la simple raison que les avis qu'ils contiennent ressemblent à ceux qui seront présentés et que plusieurs autres traitent du second sujet abordé dans le Projet de loi n°20 – soit l'accès aux médecins de famille et à la médecin spécialisée (voir l'annexe X pour connaître le nom de toutes les consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi).

7.1 Revue de la législation et impressions des femmes

En 1994, un ajout a été fait au Code civil du Québec (C.c.Q.) par l'introduction d'un chapitre concernant la filiation par le sang une section intitulée «*De la procréation médicalement assistée*» afin d'adapter les règles du droit de la filiation à cette nouvelle réalité, et ainsi continuer à assurer à l'enfant une filiation bilatérale. Le C.c.Q. prévoit depuis qu'il est impossible de contester la filiation d'un enfant pour un motif tenant au caractère assisté de celle-ci. Cette disposition signifie que la mère –par l'accouchement– ne peut nier sa maternité sur le motif que l'ovule ou l'embryon ne provient pas d'elle. Elle empêche aussi le conjoint de refuser sa paternité sur le motif qu'il n'est pas biologiquement lié à l'enfant. Ceci implique du coup que «*[l]'apport de forces génétiques au projet parental d'autrui ne peut fonder aucun lien de filiation entre l'auteur de la contribution et l'enfant issu de cette procréation*» (C.c.Q : article 538.2). Dès lors, le seul recours s'offrant à un conjoint pour désavouer l'enfant est d'établir qu'il n'avait pas consenti à la PMA ou que l'enfant n'est pas issu de la PMA. Dans le cas contraire, tout enfant né suite à une PMA lors d'une union ou dans les trois cents jours après sa dissolution ou son annulation est présumé avoir pour autre parent le conjoint de la femme. On comprend ici qu'au niveau législatif, la priorité est accordée à la filiation sociale ou volontaire plutôt qu'à la filiation génétique (Moore 2003 : 62-67 et le Code civil du Québec: articles 538-542). Le gouvernement du Québec reconnaît ainsi depuis longtemps que la *Procréation médicalement assistée* est un moyen socialement acceptable de filiation.

Néanmoins, avant 2008, il n'existait aucune forme d'aide gouvernementale pour les couples infertiles devant se rendre en clinique. Ce n'est qu'en 2008 qu'un crédit d'impôt remboursable de 30% pour les traitements en infertilité a été instauré. Il est ensuite monté à 50% entre 2008 et 2010 –jusqu'à concurrence de 10 000\$ de remboursement maximal par année. À ce moment, chaque cycle de FIV coûtait à un couple entre 6000 et 10 000\$ et les cliniques privées offraient des rabais de type : *achetez deux cycles et obtenez le troisième gratuitement*. Par contre, si la première tentative réussissait, l'argent investi pour la deuxième et la troisième n'était pas remboursé (Châteauneuf 2011 : 15 et 18). Le Projet de

loi n°26, qui subventionnait la PMA via la RAMQ, a été déposé le 22 mai 2009, adopté le 18 juin 2009, puis mis en application le 5 août 2010 (Programme québécois de procréation assistée 2013). Le Québec est alors devenu le premier gouvernement d'Amérique du Nord à payer «complètement» la médication et les soins liés à la fécondation *in vitro*. De plus, la gratuité des services s'appliquait autant aux femmes seules, aux couples lesbiens et hétérosexuels; ce qui faisait de cette mesure l'une des plus accessibles et des moins restrictives du monde entier. Les services couvraient entièrement l'une des 4 options suivantes: (a) jusqu'à 3 cycles de fécondation *in vitro* stimulés sans naissance vivante et produisant au minimum 1 embryon; (b) jusqu'à 6 cycles naturels ou naturels modifiés de fécondation *in vitro* sans naissance vivante, (c) une FIV sur cycle stimulé et 4 FIV sur cycle naturel sans naissance vivante; ou (d) 2 FIV sur cycle stimulé et 2 FIV sur cycle naturel sans naissance vivante. Ici, il faut savoir que les transferts d'embryons cryopréservés ne comptaient pas comme un nouvel essai et qu'une femme pouvait avoir autant de transfert d'embryon qu'elle avait d'embryons cryopréservés¹¹², et ce sans frais supplémentaires et que les options ICSI et Hatching¹¹³ étaient également gratuites. Le prélèvement de sperme par ponction de testicule ou de l'épididyme, les frais relatifs au don d'ovule si la donneuse réside au Québec, le bilan de base d'infertilité (féminin et masculin), les tests complémentaires nécessaires pour établir un diagnostic, le prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens, les paillettes de sperme et la congélation de sperme ou d'embryons étaient également inclus dans le régime d'assurance. Les services exclus étaient : la congélation de sperme avant vasectomie et certains services pris au privée qui étaient offerts au public (Programme québécois de procréation assistée 2013). Par ailleurs, cette gratuité avait fait littéralement exploser la demande –le nombre de cycles de FIV par an avait plus que doublé¹¹⁴. Le Projet de loi n°26 était considéré comme «une véritable source d'espoir pour des milliers de couples québécois qui ne [pouvaient] pas devenir parents pour des raisons médicales» (ACIQ 2015 :7).

¹¹² Le taux de survie de ces embryons est d'ailleurs excellent puisque seulement 10% sont irrémédiablement endommagés par le procédé de congélation ou de décongélation (Forget 2012 : 77).

¹¹³ Assistance à l'éclosion de l'embryon nécessaire lorsque les femmes sont plus âgées et que la membrane de leur ovule est plus rigide. En fait, pour s'implanter dans l'utérus, l'embryon doit absolument briser sa coquille.

¹¹⁴ Passant de 2 800 cycles en 2009 à plus de 7 000 en 2015.

Toutefois, cet espoir n'a pas fait long feu puisque 5 ans plus tard, on parlait déjà de retirer de la couverture publique les frais de PMA avec le Projet de loi n°20, qui est d'ailleurs une source de stress et de profonde angoisse pour les infertiles. Rappelons ici que les participantes ont été interviewées durant l'été 2015, soit lorsque le projet avait été voté, mais pas amendé, leurs propos reflètent donc ce fait.

Marie-Ève: «Y'a maintenant la loi qui risque de passer pis c'est vraiment stressant. Très stressant. Parce que s'ils passent la loi, bien de 1 on est pu éligible parce qu'on a chacun déjà un enfant pis j'ai pas les moyens de payer ça.»

«Intervieweuse: Faque le projet de loi 20 vous?
Mica :Ah ça me stress au bout!»

Maëlle : «C'est sûr qu'on stress quand même avec la loi qu'ils veulent passer.»

Sarah : «Je rembarquerais pas tout de suite si c'n'était pas que le programme est menacé. [...] Je me donnerais peut-être le temps de faire mon deuil comme il faut. Mais tsé, est-ce que je vais ravoir la chance de repasser par-là pis de porter un autre bébé si je ne rembarque pas là, là? [...] Ça me force un peu la main.»

Anne : «Ça, ça fait partie des discussions qu'on a. Pis quand qu'on disait que mon chum me dit : *c'est ton corps, c'est toi qui choisit jusqu'où tu veux aller*. Bin je disais : *si le projet de loi est adopté, bon tout ça pis que c'est pu rembourser, tu vas-tu me dire t'aurais dû te décider avant? Qu'on n'a pas les moyens? Tu vas-tu me reprocher de ne pas avoir choisi d'essayer la fécondation in vitro alors que c'était remboursé?* Pis euh, mon chum a dit que non –quoique j'aurais été surprise qu'il me dise que oui [petit rire]! [...] Pour lui c'était comme *on va trouver une solution pis on verra en cours de route*. [...] J'pas sûre qu'on serait capable même avec le crédit d'impôt d'y arriver et de le payer. Donc c'est sûr que je ressens le *bin faudrait bin que je me décide avant que ça soit appliqué*.»

Kate : «Quand j'ai fait ma grossesse chimique, c'était dans le mois de juin. Pis j't'arrivée chez nous, là j'étais démoralisée parce que je me suis dit *elle va passer, elle va passer* [en parlant de la loi]. Je pensais qu'elle passerait dans l'été et le médecin aussi pensait ça. Puis, j't'arrivée chez nous, j'ai ouvert mon Facebook pis j'ai regardé sur le site de l'association [l'ACIQ]. Pis j'ai vu que c'était fermée pour l'été –la session parlementaire. Pis je me rappellerais toujours, j'étais assise au buffet ici pis j'étais toute seule dans la maison. J'ai juste levé mon poing pis j'ai crié *YES!* Pis j'partis à pleurer. J'étais juste tellement contente que je puisse faire un autre cycle. [...] Après ça quand ils m'ont dit qu'il fallait que j'attende un mois pour le cycle qui s'en vient, là je me suis mise à stresser, ça me stress beaucoup. Je pense que ça m'apporte un stress que j'n'aurais pas... je ne ressentirais pas cette presse-là d'avoir un enfant si

y'avait pas la loi qui est en arrière de tout ça. C'est comme, j'ai l'impression que j'ai une épée de Damoclès ou un *gun*, un fusil, sur le bord de la tempe pis c'est comme *fait un enfant parce que bientôt tu pourras pu*. [...]C'est un gros stress, c'est LE plus gros stress que j'ai [accent mis par la participante].»

Le projet de loi n°20 a été présenté le 28 novembre 2014 et, au terme de plus de 150 heures de débats, les parlementaires l'ont adopté le 20 mai 2015 (63 votes pour, 52 contre et 0 abstention). Son amendement s'est fait lors de la séance du 10 novembre 2015 (63 pour, 48 contre et 0 abstention)¹¹⁵. Ce projet de loi a, dès lors, mis fin à la couverture par le régime d'assurance maladie du Québec la quasi-totalité des services se rapportant à la PMA.

Pour «atténuer les effets de cette désassurance et s'assurer que les traitements d'infertilité demeurent financièrement accessibles», le gouvernement mentionne qu'il accordera de l'aide fiscale au moyen d'un crédit d'impôt remboursable basé sur le revenu familial et plafonnant à 20 000\$ par année. Ainsi, les familles dont le revenu total est de moins de 50 000\$ seront éligibles à un crédit d'impôt de 80% et ceux dont le revenu familial total dépasse 120 000\$ seront éligibles à un crédit d'impôt de 20%. Entre ces deux montants, il y a une échelle de crédit d'impôt. Or, tous ne sont pas éligibles. En fait, ceux qui ont déjà un d'enfant et qui ont eu recours à la stérilisation volontaire –c'est-à-dire la vasectomie ou une ligature tubaires¹¹⁶– n'y auront tout simplement pas accès et devront déboursés 100% des frais de PMA s'ils décident de poursuivre cette avenue pour agrandir ou amorcer leur famille (Ministère des Finances 2014 et Ministre de la Santé et des Services sociaux 2014b).

Ce qui reste couvert par la RAMQ, ce sont les traitements visant à préserver la fertilité –soit la stimulation ou l'induction ovarienne, les services de prélèvement de gamètes, les services de cryopréservation et d'entreposage pour une durée maximale de 3 ans– pour les personnes qui entameront sous peu des traitements médicaux qui pourraient entraîner un risque sérieux de mutation génétique ou une infertilité permanente. Les médicaments de fertilité sont aussi toujours couverts –même s'il est à prévoir que cela ne durera pas. En fait,

¹¹⁵ <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/41-1/journal-debats/20151110/158391.html>

¹¹⁶ Ce critère est généralement peu critiqué puisque «la stérilisation découle d'un choix personnel que doivent assumer les individus» (ACIQ 2015 :14).

il faut savoir que les assureurs privés devaient –et doivent encore pour le moment– couvrir au minimum 68% des coûts de médicament de fertilité. La couverture par la RAMQ est également maintenue pour l’insémination utérine (Forget 2012 : 77, Ministère des Finances 2014 et Ministre de la Santé et des Services sociaux 2014b).

Cette loi est loin de faire l’unanimité –nous le voyons d’ailleurs par le faible écart entre le pour et le contre qu’il y avait lors du vote parlementaire. En fait, nombreux sont ceux qui croient que les «*couples infertiles peuvent contribuer à redresser le taux de fécondité et au renouvellement de population québécoise*» (ACIQ 2015 :16). L’ancien ministre des Finances du Québec Bernard Landry a d’ailleurs expliqué que la PMA avait son importance afin de redresser la natalité :

«Un des problèmes majeurs du Québec contemporain c’est le taux de natalité. Après avoir eu un des plus élevés de l’espèce humaine, on a un des plus bas. Alors tout ce qui peut favoriser la naissance d’enfant –par des procédés acceptables, scientifiques reconnus (ce qui est le cas de la fécondation in vitro) – doit être appuyé» (documentaire *Ça pourrait nous arriver*).

Les participantes à cette étude sont d’ailleurs nombreuses à trouver que le programme de couverture de la RAMQ pour l’infertilité fait sens et que le Projet de loi n°20, lui, est incohérent :

Jennifer : «Au niveau du nombre d’enfants, on paie pour le premier, mais pas pour le deuxième?! Et de ces propres mots [au ministre de la Santé], *Vous avez eu la chance déjà d’avoir un enfant*. Attends un peu là, toi t’es en train de me dire que c’est toi qui décides du nombre d’enfants que je vais avoir dans la vie? [...] Y’arrête pas de dire qu’on manque de relève, on manque de relève, mais on coupe dans tout ce qui est familial. [...] À quel point ça te coûte plus cher faire un enfant *in vitro* ou aller chercher quelqu’un au niveau de l’immigration? [...] Parce que c’est une question d’argent là cette histoire-là. C’n’est pas une question de ça là (créer des enfants difformes pis inhumains). Nennon, c’est *on a besoin d’argent*. [...] On va empêcher quelqu’un de bien vivre, d’évoluer dans la vie pis de contribuer à sa société pour une question de quelques millions. J’ai de la misère avec ça. Surtout que ces millions-là t’investis dans mon enfant.»

Maëlle : «Sauf que là le crédit d’impôt c’est si t’as pas eu d’enfant. Faque là j’ai dit : *c’est l’fun le gouvernement, merci. Si j’ai un enfant, j’ai une famille complète, je suis rassasiée*. Je ne te dis pas que je veux abuser du système, je ne te dis pas que si ça

était couvert à 100% j'en ferais 20, c'n'est pas ça. Mais me semble que tu ne peux pas arrêter quelqu'un à 1 pis dire *t'en as eu un, t'en aura pas d'autre, c'est fini.*»

Isabelle : «Le bénéfice au niveau social c'est qu'on a des nouveaux contribuant, des nouveaux contributeurs d'impôts. Ça fait des enfants et la société est toujours gagnante d'avoir plus d'enfants. Faque je me dis si on paye pour avoir des immigrants, bien pourquoi qu'on ne paierait pas pour?!»

Félicia : «C'est correct que ça soit réglementé autrement parce que c'est vrai que les portes sont ouvertes. Pis je sais que si ça l'avait été réglementé, bin moi j'y aurais pas eu droit avec un mari étant vasectomisé. Tsé lui avait déjà coûté de l'argent à la société. Pis avec une fécondation aussi ça l'a dû coûter un 40 000\$ à la société, mais je me dis : *câlina ces enfants-là, ma fille là, dans toute sa vie, elle va payer pas mal plus cher que ça d'impôt pis tsé on le sait pas, elle va peut-être changer le monde.* Faque je trouve ça triste; vraiment triste pour les gens qui pourront pas profiter de ... c'est un service. C'est sûr que je comprends que ça coûte cher... Je ne sais pas, il me semble que y'a d'autres places qu'on peut économiser. Vraiment. Vraiment plein de places qu'on peut économiser. Couper dans la santé, la famille –tsé que ça soit l'éducation, la santé aux personnes âgées, la fécondation *in vitro*– couper là-dedans, c'est couper dans... c'est comme se couper l'herbe en dessous du pied.»

Éliane : «De pas donner accès à la FIV parce que y'a tellement de couples pour qui l'insémination c'est juste pas une option; trompes bouchées, t'auras beau l'inséminer autant que tu veux, elle ne pourra jamais en avoir si ses trompes sont bouchées. [...] Ce qui me fâche aussi c'est de permettre juste un enfant par couple. À partir du moment que tu dis que la FIV est rentable, ça tient pu. Si ton conjoint a déjà un enfant, c'est un non-sens de t'interdire, de ne pas couvrir la FIV. T'es pas la mère de cet enfant-là, t'es la belle-mère/le beau-père. Ça ne comble pas le même besoin.»

Un point intéressant aussi est que la RAMQ paie pour l'avortement, la vasectomie et les ligatures des trompes. Par ailleurs, selon l'ancien premier ministre Bernard Landry : «*Nous avons le taux le plus élevé de ligatures des trompes et de vasectomies en Occident, plus le taux le plus élevé d'avortements*». Or, cette couverture n'est pas remise en cause. On peut se demander ici pourquoi le gouvernement refuse désormais de payer lorsque vient le temps de créer la vie, sachant à quel point les enfants sont importants pour l'essor d'une société, alors que lorsqu'il est question d'arrêter la vie, il semble ne pas y avoir de limite (Documentaire *Ça pourrait nous arriver*). On pourrait aussi questionner si le fait de ne plus pouvoir donner la vie est perçu comme étant davantage un droit fondamental comparativement à celui de pouvoir donner la vie. Une participante a d'ailleurs soulevé ce point :

Gevie : «J’l’ai regardé pis je lui ai dit : *écoute j’ai bin payé pour ta vasectomie moi. J’ai dit : oh ouais j’ai payé pour que tu continues à avoir du fun. Toi c’est un choix. Y’a d’autres choses, y’a d’autres alternatives qui coûtent moins cher. Y’a l’abstinence au pire, mais c’n’est pas l’fun.*»

Plusieurs critiques qui ont été soulevées contre la couverture des traitements d’infertilité par le Régime d’assurance maladie portaient sur le fait que l’infertilité n’est pas une maladie, qu’elle ne met pas en danger la vie, et que les budgets alloués au système de santé ne suffisent déjà pas pour répondre aux besoins les plus criants (Forget 2012 : 78). Le ministre Couillard affirmait, par ailleurs, déjà en 2007 que «*bien qu’il soit désirable d’avoir des enfants, cela ne fait pas partie des droits fondamentaux d’un individu et la RAMQ n’a donc pas à payer*». Questionnons-nous ici à savoir ce qui est légitimement finançable au niveau public? Pour quelles conditions le gouvernement a-t-il à payer dans le cadre d’un régime d’assurance maladie public? Voyons ce que les femmes avaient à en dire :

Éliane : «On investit des milliards de dollars pour des traitements de cancer qui ne sauve même pas des gens, qui prolongent seulement leur vie de 1 mois ou 2; ça coûte des millions. C’est éthique, c’est délicat, je le sais. De payer des traitements pour le cancer des poumons à des gens qui fument, moi ça me dépasse».

Anne : «C’est inquiétant pis je trouve ça inquiétant aussi comme société pis tout ce que ça l’implique ce retrait-là. Pis je trouve ça inquiétant de voir comment les gens perçoivent ce programme-là. [...] C’est hallucinant les jugements de *pourquoi j’paierais pour ça?* Alors qu’au Québec on paie pour bin des affaires. [...] Tsé l’analogie avec le cancer. *T’avais juste à pas fumer, on ne paiera pas pour ton cancer de la gorge.* Tsé à moment donné c’est ça.»

Isabelle : «Je paie moi de façon sociale pour [les patients à l’urgence] qui sont drogués. C’est de la maladie. Tsé y’ont fait le choix de se péter la face ce soir-là, sauf que c’n’est pas un choix d’être malade de cette toxicomanie-là; c’n’est pas un choix d’avoir atterri dans des familles moins fonctionnelles; c’n’est pas de sa faute s’il a vu sa mère sniffer de la coke sur le bord du comptoir pis que c’est ça qu’il a reproduit. Je suis pour payer pour ces gens-là haut la main, mais c’est la même chose pour les infertiles, qui demandent quoi finalement?»

Gevie : «Merde, y’a un traitement, ça l’a été reconnu comme une maladie. Si ça l’a été reconnu comme une maladie, pourquoi je ne pourrais pas être traitée au même titre qu’un cancéreux? Au même titre que quelqu’un qui a une cirrhose du foie pis pourtant c’est un alcoolique? [...] Je ne profite pas du gouvernement, c’n’est pas une

condition que j'ai choisie. Je pense que c'est un droit d'avoir un enfant. L'infertilité c'est une maladie, donc j'ai le droit de me faire soigner»

Jennifer : «Moi j'ai rien fait pour être infertile. Pis là on me dit : *on ne traitera pas ton infertilité dans le fond pour que t'aies un enfant*. Mais l'obèse qui se cause du diabète parce qu'il mange des Pizzas Pochettes, lui on le traite pis on ne dit rien par exemple. Lui on lui dit pas : *attends un peu mon homme, tu vas apprendre à manger comme il faut pis après la société paiera*. Non, y'a personne qui se pose la question.»

Il est vrai que nous payons volontiers pour soigner des accidentés de la route en état d'ivresse, pour faire brocher l'estomac d'un obèse ou pour toutes les choses que les femmes ont dites ci-dessus et qui sont bien souvent, du moins en partie, issus de choix et d'habitudes de vie. Néanmoins, nombreuses sont les femmes participant à cette étude qui ont ressenti un manque de support flagrant vis-à-vis de la communauté et de l'importance du programme de procréation médicalement assistée –alors que l'infertilité, elle, est une maladie :

Éliane : «Je trouve ça dur le jugement de la société, de lire ça. À chaque fois qu'il y a des articles là-dessus, monsieur et madame Tout-le-Monde qui ne connaît rien là-dedans qui portent un jugement; y'a tellement des commentaires désobligeant, blessant de la part de la population. Les gens ne savent pas c'est quoi la réalité des couples infertiles. Je trouve ça dur de lire ça. Je comprends que les gens veulent ne pas payer pour ça, mais ils payent tellement pour plein d'autres choses. Tsé c'est ça une société. Si le but ce n'est pas d'investir dans tes enfants, on est là pourquoi?»

Caroline : «Du monde quand qu'ils ont parlé d'enlever la gratuité qui ont dit : *ah il était temps, ça coûte cher*. OK, moi là mes impôts, ils servent à ce que tes enfants aillent à l'école, que tes enfants se fassent soigner et qu'y'aillent des vaccins. Tout. Moi, je suis malade, j'ai de la fibrose, de l'endométriase. C'est une maladie que je sache?! Pourquoi moi je paie pour les enfants de tout le monde, les taxes scolaires. OK, moi vu que j'ai pas d'enfant, je vais arrêter de payer les taxes scolaires pis tout? Bin non, ça me fait plaisir des payer les taxes scolaires même si j'n'ai pas d'enfant, c'est pour l'éducation des enfants du Québec. On paye pour plein de monde! On paye pour les fumeurs qui ont le cancer du poumon. On paye là. C'n'est pas grave, on va tu commencer à catégoriser? Moi je trouve ça tout à fait normal de traiter de l'endométriase, au même titre que de l'asthme, que n'importe quoi d'autre.»

Gevie : «À moment donné, y'a certains blogues que je me suis enlevée parce que je rageais d'entendre des gens me dire : *ouin, mais c'est un choix*. De quoi c'est un choix? Bin écoute si la vie ne veut pas que t'aies d'enfant, j'n'ai pas à payer pour ça. Ayoye. Faut que t'en fasses un deuil, va vers l'adoption. Eille la réponse facile va vers

l'adoption. Ouin, mais moi si j'ai pas le goût? Comme moi c'est une infertilité inexpliquée, on ne le sait pas ce qui n'a pas fonctionné.»

Il est légitime de se questionner à ce stade à quel point les traitements de fertilité sont un luxe lorsqu'on considère que l'infertilité est une condition non souhaitée, non engendrée par les personnes en souffrant, qui est difficilement subie et que plusieurs instances comme l'OMS et l'AOGO la reconnaissent comme une maladie? En fait, certains vont jusqu'à répondre qu'il est immoral de cibler et de pénaliser une maladie comme l'infertilité alors que le ministère permet la couverture de la RAMQ pour de nombreuses maladies causées par de mauvaises habitudes de vie (Miron 2015).

7.2 Parlons chiffres

Lorsque le programme de couverture par la RAMQ des frais de PMA a été mis en place en 2010, on estimait que la vitesse de croisière serait atteinte en 2015, c'est-à-dire que 7000-7500 cycles seraient prodigués par an et que l'investissement en valait la peine. Le gouvernement s'est toutefois rétracté et a affirmé que les économies en néonatalogie ne justifiaient pas le financement d'un programme de PMA coûtant près de 63 millions de dollars par an¹¹⁷ –ce qu'avait d'ailleurs également voté le gouvernement de l'Ontario en 1994 alors qu'il était en période de restrictions budgétaires (Forget 2012 : 82). Toutefois, alors que le gouvernement du Québec retire son financement, le gouvernement de l'Ontario revient sur sa décision de 1994 en décidant de financer publiquement à nouveau les traitements de PMA (RCI 2015 et Radio Canada 2015). Selon la chercheuse Julie Depelteau de l'*Institut de Recherche et d'Informations Socio-économique* (IRIS), il est probable que le coût du programme public de procréation assistée soit plus élevé qu'évalué –la façon dont sont compilés les trois cycles de FIV remboursés par l'État, la forte demande et la congélation des embryons étant en cause. Ainsi, «selon l'IRIS, les coûts réels du programme risquent beaucoup de se rapprocher de l'évaluation faite par la Fédération des médecins spécialistes du Québec qui estimait plutôt que le programme coûterait 200 millions par année» (CSF

¹¹⁷ Chiffres évalués par la Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

2013). On voit brièvement ici qu'il est ardu d'établir le coût réel du financement –plusieurs instances d'autorité fournissant des chiffres diantrement différents.

Il faut comprendre ici que même si le gouvernement savait à la base qu'il aurait à dénouer les cordons de la bourse du Trésor Québécois, il espérait faire des économies (en néonatalogie par exemple). Le raisonnement était le suivant. En 1986, les pédiatres avaient émis certaines plaintes puisque le nombre de naissances multiples avait grandement augmenté. Ceci était alarmant puisqu'une grossesse multiple est associée à plusieurs risques pour la femme et les fœtus. Par exemple, parmi les jumeaux, le taux de mortalité infantile est 4 à 5 fois supérieur et leur taux de prématurité et de faibles poids à la naissance sont de 50% (pour les triplets et plus, on parle de 90%). Ils ont aussi significativement plus de chance d'avoir des troubles de la vision, une paralysie cérébrale et des retards mentaux (Marantz Hening 2004: 236 et FQPN 2006 : 12). Pour la femme, la réalité est que l'utérus humain n'est pas fait pour porter plus de 10 livres et que dans le cas de jumeaux, chacun pèse en moyenne 5,5 livres. La probabilité qu'elles souffrent de prééclampsie, de diabète de grossesse, de thromboses, qu'elle accouche prématurément et qu'elle soit alitée sont donc plus élevés (Forget 2012 : 71 et Mundy 2007 : 277). Naturellement, 2% seulement des naissances naturelles au Canada sont issues de grossesses multiples¹¹⁸, alors que dans le cas des naissances assistées médicalement, on parlait de 31% en 2003. Dans 95% de ces cas, il s'agissait de jumeaux et dans 5% des triplets ou plus encore. Sous des conditions «naturelles», l'occurrence des jumeaux était de 1 pour 80 naissances, celles des triplets de 1 sur 8 000 naissances, les quadruplets 1 sur 800 000 et quintuples 1 sur 40 millions. Il y a donc de bonnes raisons à cela, et les docteurs croient que celle-ci est que cela est ce qu'il y a de mieux pour tout le monde (Mundy 2007 : 212-226). Bref, les grossesses multiples sont à éviter sur le plan médical. Or le Canada connaissait une hausse fulgurante de celles-ci.

¹¹⁸ Il n'y a pas si longtemps, les grossesses multiples naturelles étaient tellement rares que lorsque des quintuples sont nés en Ontario en 1934, les enfants ont rapidement été enlevés de la garde de leurs parents et placés dans un parc thématique où les touristes pouvaient aller les regarder derrière une vitre.

Ainsi, en 2010 en adoptant le *Programme québécois de procréation assistée*, un des buts était de réduire le taux de grossesses multiples, le faisant passer de 30 à 5% en imposant l'implantation d'un seul embryon à la fois (FMSQ 2013 : 4). La logique était qu'en permettant à plus de couples d'avoir accès à la FIV, ceux-ci ne s'acharneraient pas sur la seule chose qu'ils pouvaient s'offrir : les inséminations artificielles doublées de stimulation ovarienne. En contrôlant le nombre d'embryons implantés –ce qui est possible en FIV, mais pas en insémination– l'objectif a d'ailleurs été atteint. Si l'on regarde les chiffres, entre 1989 et 2009, le nombre de naissances gémellaires a augmenté de 50% au Québec, passant de 1 696 à 2 667. Et le nombre de triplés a presque triplé, sautant de 28 à 80 par an. Or, avec le Projet de loi n°26, il y a eu une diminution marquée du nombre de nouveau-nés issus de grossesses multiples et nés grâce à la PMA –il est passé à moins de 5% suite à une FIV¹¹⁹. De plus, le Québec est passé de 30% des nouveau-nés prématurés issus de PMA à 20% en 4 ans et la proportion de bébés PMA hospitalisés en soins intensifs est passée de 19% en 2010 à 12% en 2012 (ACIQ 2015 :6). Certaines économies ont donc été réalisées et la santé de plusieurs femmes et nourrissons a été améliorée.

7.3 Mise en garde

Il est estimé que chaque «bébé-éprouvette» né au Québec coûtait environ 43 000 \$ à la collectivité québécoise –coût avantageux comparativement à ceux d'Europe et des États-Unis, qui sont jusqu'à deux fois plus élevés (Journal Le Devoir 2014). Le gouvernement ne finançant toutefois plus, ces frais incombent désormais aux personnes infertiles –ce qui contribue à les responsabiliser et les affliger davantage. Ceci place la personne infertile, qui est déjà vulnérable psychologiquement (les chapitres précédents le démontrant), en situation de vulnérabilité financière (ACIQ 2015 :10). Selon le Dr Miron (propriétaire de Fertily, entre autres) le Projet de loi n°20 est préjudiciable, car il pénalise la principale clientèle cible de la FIV : les 20-34 ans qui représentent 61% des couples allant en clinique. Il est clair que la majorité de ces couples ne disposeront plus de revenus suffisants pour se payer une FIV (voir l'Annexe VIII). Il est contradictoire que le crédit d'impôt –censé viser à

¹¹⁹ Les États-Unis ont un taux de 46%.

appuyer les jeunes couples dans leur rêve de famille—, les entrainera plutôt dans une spirale d'endettement. Réalistement, ceux qui pourront se payer les traitements de PMA, ce sont les couples plus âgés, qui auront, à ce moment, des chances d'obtenir une naissance vivante par FIV significativement moindre (Miron 2015). De surcroît, la mise en place de ce crédit d'impôt envoie comme signal que la FIV s'apparente à un produit de consommation en partie couvert par l'État et que les traitements d'infertilité ne relèvent pas du champ de la santé — comme c'est le cas de la chirurgie esthétique électorale par exemple.

Selon le conseil du Statut de la Femme, le fait de ne pas avoir accès à ces services contribuera certainement à causer des inégalités sociales non désirables —ce sont les personnes dont les revenus sont plus limités qui écoperont (CSF 2010 : 3). Au lieu de promouvoir un système de santé égalitaire, c'est plutôt un système de classification sociale qui sera renforcé dans le domaine (Thompson 2002 : 58). Mondialement, la FIV est vue comme exacerbant les tensions sociales via la disparité dans son accès —sous-entendant que le moins d'argent vous avez, plus grande est la chance que vous n'aurez pas accès et ne recevrez pas ces traitements (Handwerker 2002 : 306 et Mundy 2007 : xiv). Ceci est d'ailleurs démontré au Québec! Avant l'entrée en vigueur de la couverture publique, la majorité des patients en clinique était des couples de professionnels caucasiens. Toutefois, dès le 5 août 2010, le profil des patients s'est diversifié et des patients de tous les groupes ethniques et horizons socio-économiques se sont manifestés. En abolissant la barrière financière, la chance a été donnée à des couples qui n'auraient pas pu se le permettre (Forget 2012 : 83).

Il n'est pas sans dire que plusieurs cliniques de fertilité ont néanmoins vite rebondi sur leurs pattes puisque, dès que le Projet de loi n°20 a été amendé. Par exemple, la clinique Ovo a affiché sur son site web qu'elle avait «*le plaisir d'offrir à ses patients canadiens une option de financement abordable et compétitive par le biais de la Banque Scotia*». La clinique mentionne que la demande de crédit est simple, confidentielle et que l'approbation se fait rapidement. Cette clinique n'est pas la seule à avoir créé un lien commercial avec une institution financière; Fertily s'est allié avec Desjardins afin de permettre aux couples infertiles d'emprunter et d'ainsi pouvoir avoir recours aux traitements de PMA. Comme

certaines extraits d'entrevue l'ont démontré dans de précédents chapitres, il existe un profond malaise à réduire un enfant à un produit dont le coût d'achat est chiffré –une tendance sociale d'ailleurs présente lorsqu'on parle d'adoption ou de PMA. D'après Chateauneuf, il est moralement et éthiquement condamnable de laisser planer l'idée que l'enfant à un prix (Chateauneuf 2011 : 212 et 375). Nous ne disons pas ici que les enfants ne font pas partie d'une organisation économique; cela serait faux. Nous affirmons plutôt que leur marchandisation fait l'objet d'un malaise. Mais soyons réaliste ici, pour les couples infertiles avoir un enfant ne requiert pas seulement «*de l'amour et de l'eau fraîche*». Pour certaines participantes à cette étude, avoir un enfant est néanmoins prioritaire à un tel point que s'il le fallait, elle s'endetterait:

Caroline : «Moi j'ai dit : *écoute, je trouverais ça plate d'arrêter ça là. Je sais que ça va coûter des sous, mais tant qu'à acheter des cochonneries. [...] Je veux que ça marche. Pis j'ai l'impression que je m'en voudrais toute ma vie de me dire : eille, peut-être que ça l'aurait marché la fois d'après.*»

Maëlle : «Moi personnellement, ça ne me dérange pas d'aller m'endetter pour ça.»

Alors que pour d'autres, cela est un non-sens

Félicia : «On ne devrait pas avoir à utiliser une carte de crédit pour avoir un enfant».

Les dérives du système, dit-on, justifient les balises et les «restrictions» –ici nous nous entendrons pour dire que celles-ci ne sont que budgétaires – mises en place. Or, le cas du bébé DPJ¹²⁰, n'est qu'un cas bien précis et ne fait pas du tout statistique. Rares sont ceux qui croyaient que le programme était parfait tel quel, mais de là à l'abolir?

Amélia : «Je suis d'accord avec le fait de mettre des balises parce que y'a eu beaucoup d'abus. [...] Je trouve ça triste de brimer des gens –côté financier–, de brimer des gens comme nous. Le gouvernement ne paie pas, c'est sûr que nous autres on ne peut pas faire *in vitro*. #1 On est en région faque on n'a pas de ressources. #2 L'argent. Écoute, le monde pensait que tout était payé, même la médication. Faque quand moi je disais

¹²⁰ Un enfant repris par la DPJ dès l'accouchement par sa mère puisque celle-ci aurait feint que son conjoint –de 28 ans son aînés et sous tutelle par le Curateur Public– était mort alors que cela était faux. La femme aurait rencontré deux cliniques, qui l'ont refusé, avant d'aller au CSUM avec sa fausse histoire afin de pouvoir enfin être mère (Journal La Presse 2013).

à du monde *nenon la médication moi ça me coûtait 5 000\$ pour 10 jours*. [...] Oui, c'est correct de mettre des balises, mais je ne trouve pas qu'il coupe aux bonnes places –mais tsé j'aimerais pas ça être à leur place. [...] Ça paraît que c'est des gens qui ne connaissent pas ce que c'est du tout. [...] Je trouve ça plate qu'ils n'aient pas écouté les gens qui savaient vraiment de quoi ils parlaient. On voit que ça l'a été pensé *budget, budget, budget*. C'est pour ça que je dis que j'n'aimerais vraiment pas ça être à leur place parce que oui faut couper à des places, mais... [...] le côté humain, ils l'ont carrément oublié. Pis je trouve ça plate parce qu'encore une fois c'est les riches qui vont pouvoir avoir des familles pis ça ne veut pas dire que c'est les meilleurs parents du monde.»

Ce qu'Amélia soulève ici est important : aller en clinique n'a jamais été quelque chose de gratuit, même si la RAMQ couvrait les frais de PMA. Un couple devait tout de même payer une portion non négligeable des médicaments, leurs déplacements, leurs stationnements, leurs absences répétées au travail, etc. Maintenant que le gouvernement ne paie plus pour les traitements, les femmes entrevoient difficilement comment elles auraient pu «*se payer le luxe de la PMA*»¹²¹ :

Caroline : «Ce qui coûte le plus cher, dans le fond, c'est le 20% qu'on paie des médicaments. C'est sûr que ça se chiffre en milliers. Mais tsé c'est correct... C'est sûr que ça coûte plus cher que de juste faire l'amour pis avoir un bébé. Pis tsé c'est le moral aussi. Pis je manque de l'ouvrage veut, veut pas. Quand ils me mettent en arrêt de travail, quand je me fais inséminer. Faque je tombe à une fraction de mon salaire.»

Amélia : «Tsé oui le gouvernement payait, mais il payait quoi? [...] Ça l'implique qu'il faut coucher quelque part, faut avoir le gaz pour le transport, la médication faut la payer. [...] Pis faut payer là parce que la pharmacie en face de l'hôpital, ils ne font pas de compte [et il est presque impossible de faire affaire avec une autre pharmacie parce que celles-ci n'ont pas en inventaire les médicaments de fertilité; il faut donc les faire commander –sauf que les patientes ne savent pas avant de commencer un protocole le médicament, la dose et le nombre de doses que le médecin leur prescrira. Commander est donc très complexe, voire impossible].»

Jennifer : «Juste en perte de salaire, j'ai perdu au moins 10 mille par année au moins; j'ai fait mes rapports d'impôt là. Parce que manque de journée pis le fait que j'ai diminué mon horaire de travail parce les médicaments me rendaient trop malade pis que j'étais plus capable de travailler à temps complet. Donc au moins 10 000\$ juste en salaire plus les médicaments au moins 1 000\$ par année parce que quand j'ai atteint 1000\$ après ça eux ils paient, donc 1000\$. Donc au moins 11 000\$, pis à part

¹²¹ Expression du premier ministre actuel au Québec, Monsieur Philippe Couillard.

les déplacements et tous ces frais-là. [...] À moment donné, ça commence à être difficile financièrement.»

Kate : «C'est beaucoup d'aller-retour, c'est beaucoup de gaz, c'est beaucoup de restos, c'est beaucoup de couchage chez mon amie. [...] C'est ça, c'n'est pas évident. [...] Une fois que mes journées de maladie sont finies, c'est tout à mes frais aussi, ça me coûte une journée. [...] Faque ça engendre beaucoup des coûts, parfois c'est indirect –dans le sens que c'est pas une dépense que tu fais, mais tu reçois moins à ta paie tsé. Ça coûte cher. Pis y'a les médicaments, qui sont remboursés ... [...] à 80%, mais ils couvrent à 100% après 6 000\$ de dépenses. [...] J'n'aurais jamais les moyens de payer. Honnêtement je ne pourrais pas me payer cette procédure-là.»

Sarah : «On dit que c'est gratuit, mais c'n'est pas gratuit. Juste les médicaments, ça me coûte 1500\$ par cycle après remboursement. [...] Tous les tests pour se rendre à la FIV, c'est pas gratuit. [...] Mais tsé c'est tellement secondaire. Tsé on s'en est toujours foutu de pas avoir de sous(\$), c'n'est pas ça qui est important. Nos enfants sont importants. C'est ça notre priorité.»

Nombreux sont ceux à s'inquiéter des répercussions du projet de loi n°20, l'ACIQ entre autres. Cette association craint que s'en suive : 1) une augmentation des tarifs au-delà de ceux actuels pour compenser la diminution de la clientèle; 2) une fixation de prix entre les cliniques; 3) une difficulté accrue à faire un choix éclairé de la part des patients; et 4) le développement d'un tourisme médical, qui en fin de compte risque de coûter cher à la collectivité (ACIQ 2015 :10). Voyons en profondeur toutes ses mises en garde.

Premièrement, en ce qui concerne l'augmentation des tarifs, il est à parier que les cliniques réduiront leurs effectifs et actualiseront leurs coûts. Comme le dit Sarah : «*les coûts vont remonter jusqu'en haut parce que les cliniques qui ont investi pis qui se sont spécialisés pis qui ont racheté l'équipement, va falloir qui fassent leurs frais*». Alors qu'une FIV en clinique privée coûte actuellement 4 600\$ au Trésor québécois¹²², on évalue que les coûts augmenteront à 7 500\$, voire 9 500\$, par cycle, et ce aux frais des couples et sans la médication associée (Miron 2015). Concrètement, la clinique Ovo a d'ailleurs déjà mis à pied 40 employés et on craint fortement que la clinique du CHUM ferme ses portes d'ici 2017. Plusieurs directeurs de clinique prévoient des faillites, des fusions, voire des partenariats

¹²² Alors qu'elle coûte 8050\$ à la collectivité en clinique publique (voir le texte Miron 2015).

avec de grands groupes commerciaux américains –comme cela est arrivé avec la Clinique Procréa et l’entreprise IntergraMed en 2014 (Journal Le Devoir 2016).

Deuxièmement, pour ce qui est de la difficulté pour les couples à faire des choix éclairés, il incombe d’être réaliste, beaucoup de couples n’auront plus les moyens de se payer d’autre chose que l’insémination utérine (qui est toujours couverte par la RAMQ). Les chances qu’ils s’acharnent avec cette technique par manque de ressources financières sont élevées. Conséquence directe de cela selon l’ACIQ : le gouvernement risque de perdre le contrôle sur les naissances multiples –ce qui constitue un non-sens étant donné que cela était l’un des buts principaux lorsque le Projet de loi n°26 a été mis en place. De plus, une réapparition et à un accroissement des chirurgies pelviennes chez la femme, puisque couvertes par la RAMQ, sont également à prévoir –ce qui ne sera pas sans taxer lourdement le système de santé et la santé des femmes (Miron 2015). En effet, n’ayant pas accès à la FIV sans passer à la banque pour contracter un prêt, les couples tenteront tous les moyens alternatifs avant d’entamer une FIV. À ce niveau, l’ACIQ croit qu’il serait judicieux de limiter de manière stricte à trois le nombre d’inséminations couvertes puisque le taux de succès cumulatif après la 3^{ème} se situe à 40% et chute à 7% après la 4^{ème}. Le CSBE recommande d’ailleurs dans son rapport que le taux de succès devrait être un critère d’accès au programme de PMA et qu’aucune intervention ne devrait être entamée sous un seuil minimal de 5 à 10%. Or, le taux d’efficacité de l’insémination artificielle (IA) se situe aux environs de 7% de grossesse évolutive par cycle (Custer IM et coll., 2007 dans Miron 2015). Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) d’Angleterre recommande, par ailleurs, de ne plus offrir l’insémination artificielle à la majorité des couples. Selon ces données, le Québec non seulement régressera en termes scientifiques et médicaux, mais se positionnera également aux antipodes de l’éthique dans le domaine de la PMA en ne continuant qu’à financer l’insémination –ce qui ne lui fera rien épargner puisque selon de nouvelles études, le coût par naissance vivante issue d’une FIV est nettement plus bas à celle d’une insémination (voir Annexe IX) (ACIQ 2015 :15 et Miron 2015).

Troisièmement (et pour finir), en ce qui a trait au développement d'un tourisme médical, en éliminant de la couverture RAMQ la FIV, il est à parier que les couples risquent de recourir à des traitements à l'extérieur du Québec –même si leur médecin n'a légalement pas le droit de les y référer. Comme le dit Jennifer : «*Les gens vont aller se faire faire ça ailleurs n'importe comment pis ils vont revenir ici enceintes de triplets et ça va être aux frais du Québec ces triplets-là à assumer les frais de prématuré et les soins de la grossesse et tout ça*». Cette femme a raison; il est légitime de penser qu'un couple qui doit défrayer les coûts d'une FIV réfléchira à aller ailleurs pour avoir accès à un programme de transfert de 2, 3 ou plus embryons afin d'augmenter les taux de succès par tentative. Ici, il faut comprendre qu'une femme sur deux en PMA souhaite avoir des jumeaux puisqu'après des années passées à désirer un enfant, en avoir deux d'un coup n'est pas de refus. De plus, cela lui évite d'avoir à payer et subir un autre cycle de FIV (Forget 2012 : 71). Toutefois, la conséquence principale de ce tourisme médical sera le rétablissement d'un taux de grossesses multiples alarmant. Et tous ces coûts associés devront être assumés par le Québec au retour des personnes ayant subi leurs traitements ailleurs et pour la vie entière de leurs enfants (Miron 2015 et Journal La Presse 2015). Cette hypothèse se confirme d'ailleurs puisqu'un réseau de cliniques de la région de Boston dit enregistrer une hausse du nombre de clients provenant du Québec depuis le dépôt du Projet de loi n°20 (Journal la Presse 2015).

7.4 Recommandations

L'ACIQ émet plusieurs recommandations avec lesquelles je suis personnellement en accord, telles que : 1) conserver la couverture publique de la fécondation *in vitro* avec des critères d'accès en fonction de l'âge (ceci sera justifié plus bas); 2) offrir les soins de PMA seulement lorsque médicalement requis –y compris dans les cas d'infertilité inexplicée; 3) conserver les trois cycles actuellement couverts par la RAMQ, mais revoir le mode de calcul des cycles de fécondation *in vitro* –c'est-à-dire qu'un cycle de FIV ne donnant aucun embryon vivant compterait désormais comme un cycle; 4) limiter de manière stricte à trois le nombre d'inséminations intra-utérines couvertes par la RAMQ avant le passage en fécondation *in vitro* –en permettant toutefois l'accès direct à la fécondation *in vitro* selon le dossier médical;

5) revoir la limite d'accès à la PMA selon le nombre d'enfants; 6) faire payer la cryopréservation des embryons aux patients puisqu'il ne s'agit pas d'un soin de santé et que leur contribution les inciterait à décider de l'avenir de ceux-ci; et 7) négocier des ententes avec les compagnies pharmaceutiques afin de recourir aux médicaments génériques (ACIQ 2015 :12-17).

Discutons de l'âge limite. Ceux qui suivent les nouvelles savent que la limite d'âge de 42 ans a été retirée du Projet de loi n°20 puisqu'elle a engendré trop de consternation. Toutefois, la réalité est que là où le bas blesse côté budget, c'est du côté des femmes qui veulent être mère sur le tard. Entendons-nous, ce n'est pas que ces femmes feraient de moins bonnes mères, seulement les décisions concernant la couverture des soins médicaux sont généralement basées sur des analyses coûts-bénéfices, et plus une femme est âgée, moins bonnes sont les chances que les traitements fonctionnent. Statistiquement, avec la FIV une femme de 40 ans a 25% d'être enceinte après trois FIV, 18% à 41 ans, 10% à 42 ans et seulement 1% à 43 ans (Forget 2012 : 81-82). Ainsi, en vertu du fait que le taux de grossesses (naturelles ou «aidées») baissent drastiquement lorsque les femmes atteignent 40 ans, l'investissement public en vaut-il la peine? Il est vrai qu'actuellement les femmes vivent plus longtemps que les hommes et que souvent les hommes ont des enfants à des âges plus avancés (Price 1999, Daniels 1999 : 267 et Mundy 2007 : 50 et 202-203). Mais ici, la question n'est pas qu'il est moins éthique qu'une femme devienne mère à un âge plus avancé alors que beaucoup d'hommes le font, mais plutôt ce qui semble influencer le Projet de loi n°20 lui-même, soit la question : *qu'est-ce que le gouvernement doit financer de façon intelligente?* D'ailleurs, si nous regardons l'annexe XI, nous voyons clairement qu'au niveau international, beaucoup de pays ont apposé une limite d'âge.

L'ACIQ n'est pas la seule instance à émettre des recommandations, le Conseil du Statut de la Femme (CSF) a lui aussi été devant les parlementaires. Toutefois, celui-ci apporte plutôt des recommandations visant la promotion des recherches sur les causes de l'infertilité. Plusieurs de leurs recommandations sont d'ailleurs hautement pertinentes dans l'avancement des connaissances sur les causes de l'infertilité, telles que : 1) *«pour chaque*

*demandeuse et demandeur de services de procréation assistée, la réglementation oblige tout médecin qui dispense des services de PMA à collecter les données telles que le problème ou la situation à l'origine de la demande, l'âge des demandeurs, leur état de santé et les données relatives à leurs milieux de travail»; 2) la consignation d'un registre pour chaque naissance issue de la PMA comprenant la technique de procréation assistée utilisée, le nombre d'enfants nés d'une même grossesse et l'état de santé de la mère et des enfants; 3) qu'à partir de ce registre, sur une base annuelle, un rapport soit produit et rendu public (CSF 2015b : 14). Présentement, l'absence de réglementation imposant aux cliniques la conservation et divulgation des informations rend impossibles l'exhaustivité et la fiabilité des informations que nous avons sur la PMA au Québec (Moore 2003 : 70). Pour ceux qui croient que la création et la tenue d'un tel registre est mission impossible, sachez que la Suède, la Finlande et la Belgique compilent déjà ce genre d'informations (Forget 2012 : 89). Par ailleurs, la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* de 2010 prévoyait la mise en place d'un tel registre, mais cela n'a jamais été appliqué. Il semblerait que le gouvernement n'était pas pressé d'investir dans un tel projet, qui semble pourtant hautement crucial afin d'établir de meilleures balises.*

La Fédération du Québec pour la planification des naissances (FQPN) a une vision assez similaire à celle du CSF, soit que «*la société québécoise ferait mieux d'investir dans les programmes d'éducation et de sensibilisation à l'école, pour prévenir les infections transmissibles sexuellement, responsables de bien des cas d'infertilité*». Elle croit aussi qu'on devrait multiplier les politiques sociales pour encourager les femmes à avoir des enfants plus tôt, en favorisant les garderies en milieu d'études ou en offrant davantage de prêts et bourses aux femmes enceintes par exemple (Forget 2012 : 8).

Pour finir, le Docteur Miron (2015) suggère, quant à lui, que l'on utilise un modèle prédictif permettant de déterminer la probabilité de donner naissance grâce à une FIV afin de déterminer qui devrait avoir accès à la couverture par la RAMQ. En attendant la mise en place du registre mentionné ci-dessus, le Québec pourrait utiliser le modèle anglais du *Human Fertilisation and Embryology Authority*. Ce modèle prend en compte l'âge de la

femme, la durée de l'infertilité, l'utilisation de ses propres ovules ou d'une donneuse, la cause de l'infertilité (qu'elle soit connue ou non), le nombre d'essais en clinique, l'historique de grossesse, l'utilisation de gonadotrophines ou non et le type de FIV (conventionnelle ou ICSI). Ce modèle est accessible en ligne (www.ivfpredict.com) et prend 2 minutes à remplir. Le Docteur Miron recommande de limiter l'accès aux couples dont les probabilités selon ce calculateur sont supérieures à 10%, ce qui est cohérent avec les recommandations CSBE. En deçà de ce seuil, les couples devraient pouvoir accéder aux traitements de PMA, mais à leurs frais.

Conclusion

Dans ce mémoire, nous avons vu de multiples aspects en lien avec le vécu de l'infertilité. Nous avons, entre autres, tenté d'expliquer la prépondérance du recours aux *Nouvelles Technologies de Reproduction* lors d'un diagnostic d'infertilité. Nous avons démontré que l'explication à cette prééminence était loin d'être simple. Revoyons nonobstant rapidement les points justifiant cette hégémonie au recours médical :

- 1) Le fait qu'en occident, un enfant biologique est considéré comme le symbole de la parenté, qu'il est l'affirmation de l'union du couple, qu'il est devenu un support identitaire essentiel aux membres du couple et qu'il est l'objet d'un grand investissement affectif;
- 2) L'idéologie mondialement répandue sur la maternité en tant que processus «naturel» et source de plénitude féminine;
- 3) Le fait que les démarches en clinique de fertilité donnent l'impression aux femmes d'exercer un certain contrôle en ce qui a trait à la grossesse, au bagage génétique et aux premiers jours de l'enfant –ce qui s'inscrit dans le cadre idéologique occidental qui prône et valorise une attitude de responsabilisation et d'autonomie;
- 4) Le fait que le processus d'adoption est devenu beaucoup plus dispendieux, laborieux et intimidant et que le nombre d'enfants blancs en «santé» disponibles pour l'adoption a grandement diminué suite à la légalisation de l'avortement, à l'acceptation sociale des arrangements monoparentaux et à la fiabilité et accessibilité des contraceptifs;
- 5) La croyance répandue parmi les québécois en la science comme moyen de domination de la nature, à l'utilité et la bienveillance des technologies médicales, au progrès scientifique et en la médecine pour pallier aux différentes dysfonctions physiques du corps humain;
- 6) La norme culturelle d'exclusivité –un enfant ne peut avoir qu'un seul père et une seule mère– qui est à la base de la filiation québécoise et qui reflète directement

notre modèle culturel de reproduction inspiré du processus biologique de la procréation sexuée.

Néanmoins, tout ceci semble bien théorique face aux discours du vécu quotidien et de l'impact des traitements d'infertilité sur la vie des femmes rencontrées. Ces discours nous ont permis d'ouvrir les yeux sur beaucoup de réalités auxquelles sont confrontées les infertiles. L'utilisation de leur histoire de cas a d'ailleurs eu l'avantage de mettre en évidence l'aspect dynamique de l'expérience de l'infertilité. Nous avons, entre autres, vu qu'il s'agissait d'une expérience qui s'étale dans le temps et qui implique divers processus: de deuil et d'acceptation, d'investigation et de traitement médical, etc. Nous avons également saisi que l'infertilité a différentes dimensions (biomédicale, sociale et culturelle, psychologique et temporelle) qui interagissent ensemble afin de créer une situation extrêmement complexe sur le plan émotif et social. Ainsi, même si l'expérience de l'infertilité est, bien sûr, vécue différemment d'une femme à l'autre compte tenu de son réseau de relations, de son milieu social et professionnel, de son style de vie, etc., on se retrouve face à un constat : cette «quête» de parentalité favorise le marchandage de son temps, de son corps et de sa souffrance contre un enfant qui, croit-on, réparera les pertes qui y sont inévitablement associées (voir également le texte de Ouellette 1988). De plus, nous avons constaté que le Projet de loi n°20 venait affliger davantage les couples infertiles et que celui-ci constituait un non-sens sur plusieurs plans (financier, éthique et médical).

Néanmoins, sur le plan théorique, ce qu'ont surtout fait ressortir tous les récits est qu'avoir un enfant dans le Québec contemporain demeure extrêmement important et que beaucoup de pressions sociales s'exercent afin d'encourager les individus à procréer –tout en respectant nos schèmes de parenté et notre conceptualisation de ce qui est acceptable ou non. Ainsi, succession, alliance et pressions sociales, qui sont des thèmes couramment associés et développés en anthropologie de la parenté, ont été ici approchées avec un sujet plus que contemporains : les *Nouvelles Technologies de Reproduction*.

À ce stade, nous pouvons nous demander à quel point l'importance de maintenir la lignée et d'avoir une succession vient jouer dans le désir de parentalité des québécois. Il est

clair que peu de gens se posent la question en ces termes, mais certaines participantes ont néanmoins ouvertement mentionné vouloir une descendance. Mais à quelle fin et dans quel but? Puisque le célibat et la stérilité sont classiquement vus en anthropologie comme la non-transmission de la filiation et sont considérés comme étant à éviter (sous peine d'être ostracisé dans plusieurs sociétés d'ailleurs), est-ce dans ce but que les québécois désirent encore si ardemment engendrer; afin d'être socialement acceptées? Pourtant, de nombreux autres moyens sont techniquement à leur disponibilité afin de s'épanouir sur le plan personnel.

Nous pouvons également questionner l'importance de la consanguinité qui persiste, alors que les technologies et les exemples ethnographiques démontrent que des modes d'affiliations extrêmement diversifiées sont possibles. Comment se fait-il que, dans notre propension à l'innovation, nous n'arrivons toujours pas à concevoir idéologiquement des modes de filiations novatrices? Par exemple, comment se fait-il qu'il demeure extrêmement important que l'un des membres du couple soit lié génétiquement à l'enfant ou qu'il demeure marginal de considérer avoir un enfant lorsque nous ne sommes pas dans une union conjugale? Nous vivons toujours de grandes pressions visant à éliminer le célibat, ou comme le disent certains pour «tomber en amour». D'ailleurs, il est possible de questionner si certaines relations «amoureuses» ne sont pas davantage des arrangements pour avoir des enfants. Après tout, combien de couples se séparent peu de temps après avoir finalisé leur «petite famille»? Posé en ces termes, il est évident que nombreux sont ceux qui risquent de s'offusquer puisque notre société n'est pas prête à accepter ce type de réalisme là; alors que pourtant plusieurs sociétés pratiquent ce type d'alliance. Notre société vit encore dans une forme de romantisme qui crée un décalage entre les discours technologiques innovateurs et les réelles innovations dans nos conceptions de parenté. Dès lors, nous acceptons volontiers d'évincer le côté physique de la conception, mais il est inacceptable de multiplier les partenaires sexuels afin d'avoir des enfants. Prenons par exemple les personnes qui ont des enfants avec deux, voire trois, partenaires différents et les préjugés auxquels ils font face.

Ainsi, même s'il est véridique de dire que nos systèmes de parenté s'adaptent, que notre société et nos technologies «évoluent», que de nouvelles formes d'agencement de la parenté émergent, nous restons bien ancré dans nos conceptions de société bilatérale, voire toujours patrilineaire à certains égards. Notre système de parenté continue de façonner notre vision de l'acceptable et de l'inacceptable.

Annexes

Annexe I : Programme de couverture des frais de PMA selon les pays

| <u>Pays</u> | <u>Précision relative à la couverture</u> | <u>Critères limitant la couverture</u> | <u>Références</u> |
|------------------|---|---|-------------------|
| Argentine | Couverture partielle ou complète selon les provinces | Âge de la femme limité, mais non spécifié | IFFS, 2013 |
| Allemagne | La caisse d'assurance maladie couvre 50 % des frais et l'assuré paie l'autre 50 %; 3 traitements maximums | Mesures médicalement diagnostiquées nécessaires. Chances raisonnables d'induire une grossesse nécessaire et assurées par médecin. Âge de la femme : 25-40 ans Âge de l'homme : 25-50 ans | CDBI 2012 |
| Autriche | Le désir d'enfant non réalisé n'est pas considéré comme une maladie. Un fonds a été créé pour couvrir 70 % des coûts liés à la FIV. 4 traitements de FIV maximum, mais si une grossesse survient, il est possible de bénéficier de 4 autres traitements de FIV. | Stérilité de l'homme et (ou) de la femme (occlusion des trompes utérines, etc.) sont les conditions nécessaires au financement. Âge de la femme : max 40 ans Âge de l'homme : max 50 ans | CDBI 2012 |
| Belgique | Les coûts liés à l'ensemble des activités de laboratoire pour la FIV/IICS ne sont pas facturés à la patiente. Remboursement forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques | Âge de la femme : max 42 ans | CDBI, 2012 |

| | | | |
|-----------------|--|---|------------|
| | <p>prescrites par un gynécologue et délivrées dans un hôpital dans le cadre d'une insémination artificielle ou d'une stimulation ovarienne (en vue d'une FIV).</p> <p>Les autres prestations sont partiellement couvertes.</p> <p>6 cycles de FIV menés à terme.</p> <p>Ticket modérateur facturé à la patiente.</p> | | |
| Bulgarie | <p>La FIV avec ICSI est remboursée complètement jusqu'à 3 cycles et à concurrence d'un certain montant. L'IA, par exemple, n'est pas remboursée.</p> | ND | IFFS, 2013 |
| Canada | Aucune couverture au niveau fédéral | | |
| | Province du Manitoba | Crédit d'impôt de 40 % des coûts admissibles (p. ex. médicaments, IA, FIV, ICSI), crédit maximal de 8 000 \$ par an. | HTPU, 2013 |
| | Province de l'Ontario* *Depuis l'entrée en vigueur de son nouveau programme en décembre 2015. | l'insémination artificielle (IA), un seul cycle de FIV par patient admissible <i>durant sa vie</i> , dont :la transplantation, un à la fois, de tous les embryons viables afin de permettre de multiples chances de grossesse; un cycle | |

| | | | |
|---------------------|--|---|-----------|
| | | supplémentaire dans le cas d'une mère porteuse; un cycle de préservation de la fertilité (PF), y compris la congélation du sperme ou d'ovules pour des raisons médicales, par patient admissible, une fois dans sa vie. | |
| | Province de Québec* *Avec le projet de loi n°20 | Couverture seulement pour les l'IA et la protection de la fertilité avant des traitements (pour le moment) | |
| Chili | Couverture à hauteur de 15 % d'un traitement, le solde est facturé aux patients. | ND | IFFS 2013 |
| Corée du Sud | Couverture partielle de 4 cycles de FIV et 3 IA selon des critères. | Âge : max 44 ans | IFFS 2013 |
| Croatie | ND | Infertilité reconnue médicalement. Âge limite : 38 ans | CDBI 2012 |
| Chypre | Le ministère des Finances prend en charge un traitement de procréation assistée | Infertilité reconnue médicalement. Âge de la femme : max 40 ans | CDBI 2012 |
| Danemark | Premier enfant : remboursement complet. Deuxième enfant : traitement non | Âge de la femme : moins de 40 ans | IFFS 2013 |

| | | | |
|------------------|--|--|------------------------|
| | remboursé, mais médicaments remboursés en partie. | | |
| Espagne | Couverture complète | Âge : jusqu'à 40 ans | IFFS 2013 |
| Finlande | L'infertilité est considérée comme une maladie. Le nombre de traitements est limité par la liste d'attente. Traitements couverts à 40 %; médicaments couverts en partie. | Âge maximal de la femme : 38-42 ans (selon la longueur de la liste d'attente) | CDBI 2012 et IFFS 2013 |
| France | Prise en charge de la procréation assistée par la Sécurité sociale. Jusqu'à 4 traitements de FIV, renouvelable après naissance. | Infertilité médicalement constatée. Âge : 43 ans Maladie transmissible grave | CDBI 2012 et IFFS 2013 |
| Grèce | Les médicaments sont couverts sous conditions et une certaine somme est accordée pour financer les traitements. La couverture sociale varie d'une caisse de sécurité sociale à l'autre. | ND | CDBI 2012 et IFFS 2013 |
| Hong Kong | 3 cycles de FIV couverts. | Âge de la femme : max 40 ans | IFFS 2013 |
| Hongrie | 5 cycles couverts à 100 %; médicaments de 0 % à 70 % | ND | IFFS 2013 |
| Irlande | Seulement le coût des médicaments est couvert, sauf une certaine somme payée par les patients. | ND | IFFS 2013 |
| Islande | Pour les couples sans enfants : | ND | CDBI 2012 |

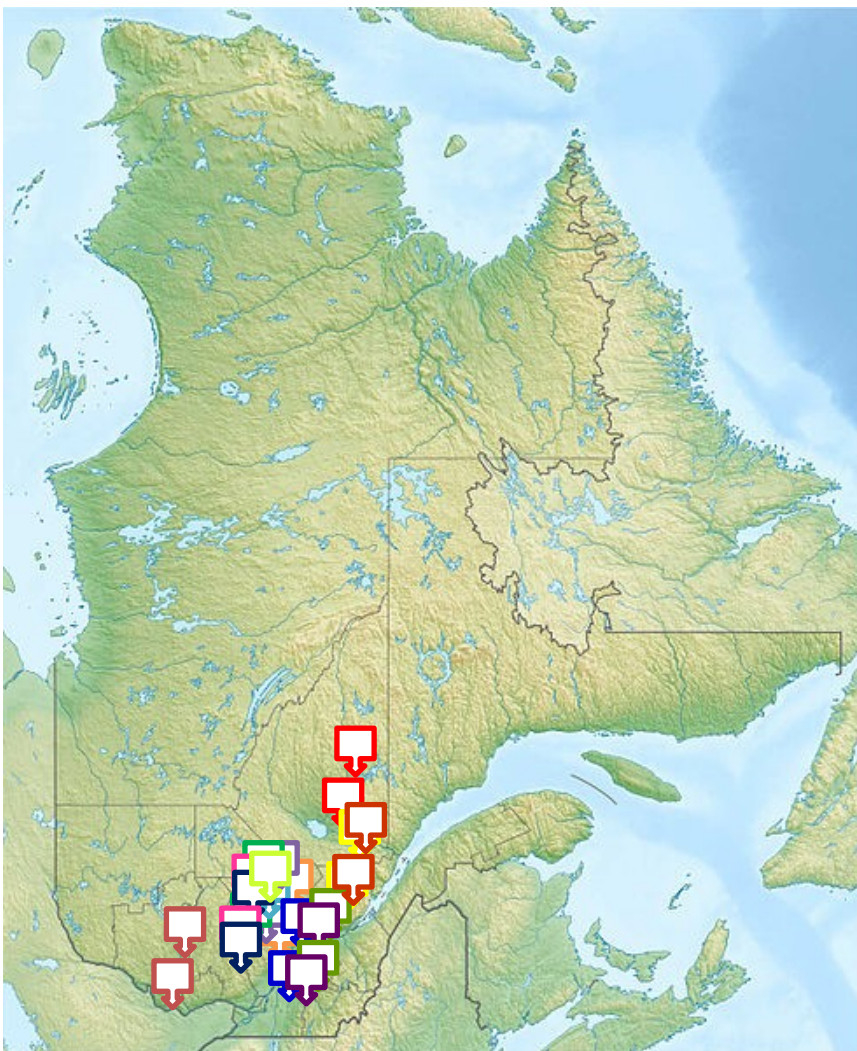
| | | | |
|-------------------|--|---|-----------|
| | <p>lorsqu'il s'agit d'un premier traitement, ± 50 % des frais sont couverts. Pour les 2e, 3e et 4e traitements, ± 70 % des frais sont couverts.</p> <p>Pour les couples avec un enfant, pour le 1er, 2e, 3e et 4e traitements, 20 % des frais sont couverts.</p> <p>Aucune prise en charge pour les parents avec plus d'un enfant.</p> | | |
| Israël | <p>La stérilité est considérée comme une maladie.</p> <p>Les traitements sont entièrement pris en charge jusqu'à 2 naissances.</p> | Âge de la femme : max 45 ans (procréation assistée avec ses propres ovules) | CDBI 2012 |
| Italie | Le système national de soins de santé rembourse complètement ou en partie les traitements selon des critères déterminés par chaque région. | ND | IFFS 2013 |
| Japon | Les gouvernements locaux remboursent partiellement. | ND | IFFS 2013 |
| Kazakhstan | 700 cycles remboursés par année | ND | IFFS 2013 |
| Luxembourg | 4 traitements maximum. | Âge de la femme : max 40 ans | CDBI 2012 |
| Norvège | Prise en charge par le Système national de couverture sociale et application de tickets modérateurs, | <p>Recommandation par un médecin de famille.</p> <p>Âge de la femme : 25-40 ans et différence d'âge raisonnable</p> | CDBI 2012 |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|------------------------|
| | 3 traitements de FIV/ICSI maximum. | avec l'homme | |
| Nouvelle-Zélande | Couverture complète si certains critères sont satisfaits. | ND | IFFS 2013 |
| Pays-Bas | Couverture partielle. Maximum de 3 cycles de FIV dont le premier n'est pas couvert, contrairement aux deux suivants. | ND | CDBI 2012 |
| Portugal | L'infertilité est considérée comme une maladie. Maximum de 3 traitements couverts. | ND | IFFS 2013 et CDBI 2012 |
| République tchèque | Couverture par le système d'assurance médicale. ICSI et médicaments, par exemple, sont toujours payés par les patients. | Indication médicale, maladie, âge | CDBI 2012 et IFFS 2013 |
| Royaume-Uni | L'infertilité est considérée comme une maladie. Couverture variable dans le pays. | Cause identifiée de problème de fécondité ou infertilité depuis au moins 3 ans. Âge de la femme : 23-39 ans | CDBI 2012 et IFFS 2013 |
| Russie | Couverture variable dans le pays. | ND | IFFS 2013 |
| Serbie-et-Monténégro | L'infertilité est une maladie des organes reproductifs. 2 traitements de FIV maximum. | ND | CDBI 2012 |
| Singapour | Remboursement jusqu'à un certain montant par cycle de FIV avec stimulation ovarienne. | Âge : max 40 ans | IFFS 2013 |
| Slovaquie | L'infertilité est considérée comme | ND | CDBI 2012 |

| | | | |
|-----------------|---|---|---------------------------|
| | <p>une maladie.</p> <p>2 traitements maximum.</p> | | |
| Slovénie | <p>L'infertilité est considérée comme un problème médical du couple.</p> <p>4 traitements de FIV maximum.</p> | <p>Impossibilité de traiter la stérilité par un autre moyen que la procréation assistée.</p> <p>Âge de la femme : max 43 ans</p> <p>Nécessité d'éviter de transmettre une maladie génétique grave</p> | CDBI 2012 |
| Suède | <p>Certains conseils régionaux accordent 3 traitements gratuits, alors que d'autres ne proposent aucun traitement.</p> <p>Dans ce pays, 60 % des coûts totaux sont financés publiquement.</p> | ND | CDBI 2012 et IFFS 2013 |
| Ukraine | <p>1 traitement de FIV maximum.</p> | <p>Infertilité qui provient des trompes utérines.</p> <p>Âge de la femme : max 35 ans</p> | CDBI 2012 |

Source INESSS 2015

Annexe II : Carte de la dispersion géographique des participantes



Beauport, Blainville, Cowansville, Deux-Montagnes (2), Gatineau, Jonquière, Laval, Longueuil, Montréal, Québec, Saint-Jean-Sur-Richelieu, Sainte-Anne-de-Bellevue, Vaudreuil et Waterloo.

À la recherche de candidates pour participer à une étude portant sur l'infertilité et les technologies de reproduction

Critères d'admissibilités:

- Femmes hétérosexuelles âgées de plus de 18 ans (célibataires, monoparentales ou en couple);
- Femmes en recherche de grossesse depuis plus d'un an;
- Femmes ayant été en clinique de fertilité ou qui a eu recours à un traitement médical pour favoriser une grossesse.

Implication

Les femmes intéressées à parler de leur expérience conviendraient d'une rencontre de 90 minutes au moment et à l'endroit de leur choix. L'anonymat des participantes est assuré.

Pour participer ou pour toutes questions:

Contactez Marie-Claude Lalonde, candidate à la maîtrise à l'Université de Montréal sous la direction de Madame Karine Bates

Tel. (450) 601-5512

marie-claude.lalonde.1@umontreal.ca



Annexe IV : Données sociodémographiques

| Données | Femmes | Moyenne |
|------------------|--|---------|
| Âge | 25-40 | 33,3 |
| Étude | DES: 4, DEP: 2, DEC: 4, Baccalauréat: 4, Maîtrise: 1 | |
| Revenu du ménage | 28 000-200 000\$ | |
| Religion | Catholique: 2, CNP*: 6, Athée: 7 | |
| | Conjoints | Moyenne |
| Âge | 31-45 | 38,3 |
| Étude | DES: 3, DEP: 2, DEC: 4, Baccalauréat: 4, Maîtrise: 2 | |
| Religion | Catholique: 2, CNP*: 6, Athée: 7 | |

*CNP: Catholique non pratiquant

Annexe V : Comparaison des quantités produites de spermatozoïdes



Source : Miron 2014

Annexe VI: Paramètres pour évaluer la qualité du sperme

LES DIFFÉRENTS PARAMÈTRES DU SPERME ÉVALUÉS À L'AIDE D'UN SPERMOGRAMME

| Paramètre | Limite de référence inférieure |
|--|---------------------------------------|
| Volume de sperme (ml) | 1,5 |
| Nombre total de spermatozoïdes (10^6 dans l'éjaculat) | 39 |
| Concentration de spermatozoïdes (10^6 par ml) | 15 |
| Mobilité totale (PR + NP, %) | 40 |
| Mobilité progressive (PR, %) | 32 |
| Vitalité (spermatozoïdes vivants, %) | 58 |
| Morphologie des spermatozoïdes (formes normales, %) | 4 |
| Autres valeurs seuils acceptées | |
| pH | $\geq 7,2$ |
| Leucocytes positifs à la peroxydase (10^6 par ml) | $< 1,0$ |
| Test d'anticorps anti-spermatozoïdes (%) | < 50 |
| PR = PROGRESSIF NP = NON PROGRESSIF | |

Source : Miron 2014 (selon les critères de l'OMS)

Annexe VII : Causes d'infertilité et traitements offerts chez Procréa

| Causes d'infertilité | Définitions | Traitements disponibles chez PROCRÉA Cliniques |
|-----------------------|---|---|
| Anovulation | Il y a absence de production d'ovules (cellule destinée à être fécondée par un spermatozoïde) par l'ovaire chez la femme. | Induction de l'ovulation à l'aide de médicaments par voie orale ou par injection Don d'ovules (dans le cas d'une insuffisance ovarienne) |
| Infertilité masculine | La fertilité masculine dépend : De la production de spermatozoïdes par les testicules De la circulation du sperme dans les voies génitales masculines De l'absence d'anomalie du dépôt du sperme dans le vagin | Traitement médical Correction chirurgicale Insémination artificielle avec sperme du conjoint (IAC) Insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) Fécondation <i>in vitro</i> avec sperme du conjoint Fécondation <i>in vitro</i> avec micro-injection de spermatozoïdes du conjoint (ICSI) Fécondation <i>in vitro</i> avec sperme de donneur Prélèvement testiculaire ou épидидymaire de |

| | | |
|---|---|--|
| | | spermatozoïdes (PESA/TESE) |
| Infertilité tubaire (obstruction ou altération des trompes de Fallope) | Les trompes de Fallope (également appelées trompes utérines) sont des conduits qui transportent l'œuf, ou ovule, vers l'utérus. S'il y a obstruction ou altération des trompes de Fallope, ceci peut être une cause d'infertilité. | Chirurgie par laparoscopie ou laparotomie Fécondation <i>in vitro</i> (FIV) |
| Endométriose | Le nom d'endométriose provient du mot endomètre, muqueuse recouvrant l'intérieur de l'utérus et qui se renouvelle à chaque menstruation. On parle d'endométriose lorsque ce tissu endométrial se retrouve à l'extérieur de l'utérus, c'est-à-dire dans l'abdomen, sur les ovaires, sur les trompes de Fallope, sur la surface extérieure de l'utérus ou même dans le vagin. Par la suite, la muqueuse | Traitement médical Correction chirurgicale Fécondation <i>in vitro</i> |

| | | |
|------------------------|---|--|
| | endométriale se développe en lésions pouvant occasionner de nombreux symptômes, dont l'infertilité. | |
| Infertilité inexplicée | Il y a infertilité inexplicée lorsque toutes les causes d'infertilité connues et possibles ont été recherchées ou corrigées et que la patiente ne parvient toujours pas à devenir enceinte. | <p>Induction de l'ovulation avec Insémination artificielle avec sperme du conjoint</p> <p>Superovulation et Insémination artificielle avec sperme du conjoint</p> <p>Fécondation <i>in vitro</i></p> |

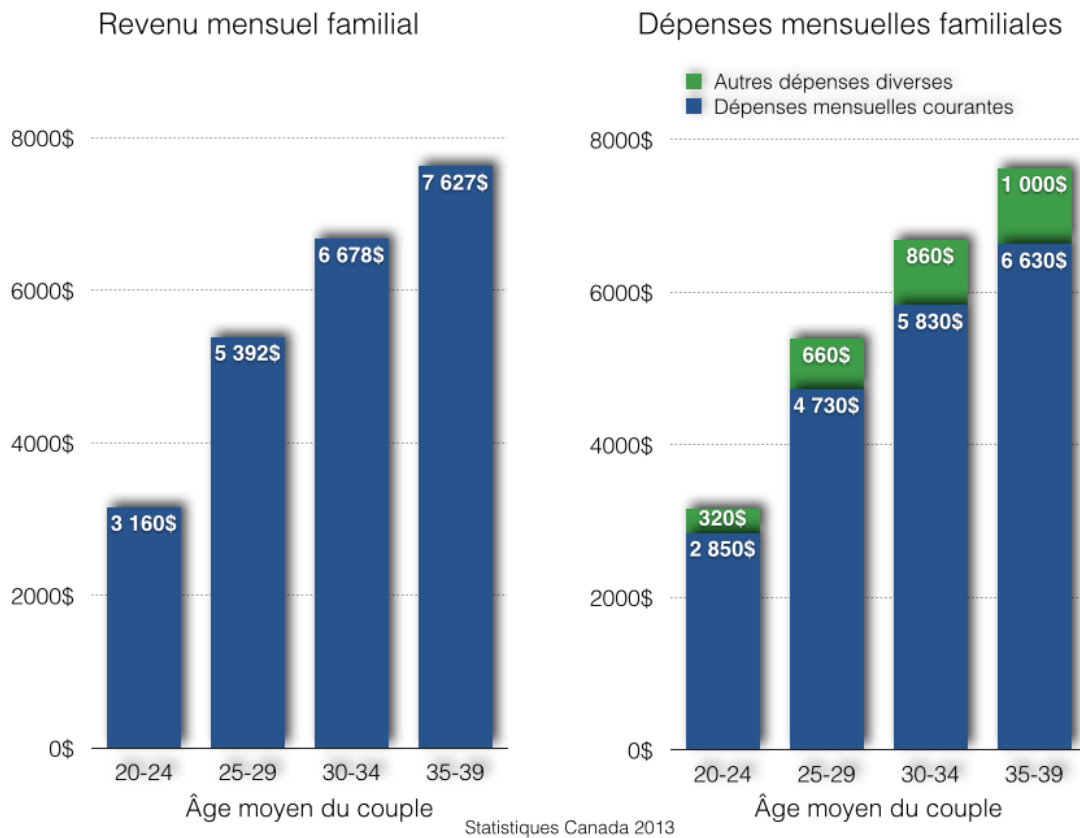
Tableau sur les différents examens possibles lors du bilan

| Étapes | Définitions | Pour qui? |
|-----------------|---|------------------|
| Examen physique | <p>Chez la femme, le gynécologue effectue un examen physique de base et/ou une échographie pelvienne de base.</p> <p>Pour l'homme, l'urologue évalue la taille des testicules, le scrotum et le rectum afin d'évaluer la prostate et les vésicules séminales.</p> | Pour elle et lui |

| | | |
|---|--|------------------|
| Bilan sanguin | À partir d'une prise de sang chez la patiente et son conjoint, sont effectuées des recherches sur, entre autres, le groupe sanguin, les anticorps irréguliers, l'immunisation contre la rubéole, la syphilis, le virus de l'hépatite B et C et celui du VIH (SIDA). | Pour elle et lui |
| Culture vaginale et frottis cervico-vaginal | À partir de l'échantillon de sécrétions prélevées par un membre de l'équipe médicale dans le col de l'utérus de la patiente, recherche de la chlamydia et dépistage cervico-vaginal. | Pour elle |
| Analyse de la courbe de température | La patiente prend sa température orale chaque matin et indique les résultats obtenus sur le graphique prévu à cet effet et remis par l'infirmière. La courbe graphique obtenue permet de déterminer s'il y a ovulation régulière durant un ou plusieurs cycles menstruels. | Pour elle |
| Spermogramme | Analyse de l'échantillon de sperme du conjoint au microscope ou assisté par l'ordinateur (CASA). Les mouvements, la vitesse et la forme des spermatozoïdes sont ainsi vérifiés. | Pour lui |
| Hystérosalpingographie | Examen radiologique permettant de visualiser la perméabilité des trompes de Fallope ainsi que la forme de la cavité utérine, en injectant un liquide radio-opaque par le col de l'utérus. | Pour elle |

| | | |
|--------------------|--|------------------|
| Laparoscopie | <p>Elle consiste en deux petites incisions sur l'abdomen, généralement une dans le nombril et une autre au-dessus du pubis.</p> <p>Un laparoscope est introduit par une de ces incisions et permet de vérifier l'état des organes reproducteurs de la femme (utérus, trompes de Fallope, etc.) ainsi que la présence d'éventuelles lésions d'endométriose.</p> | Pour elle |
| Tests endocriniens | <p>À partir d'une prise de sang, mesure du niveau de différentes hormones avant la fécondation <i>in vitro</i> ou s'il y a anovulation ou une anomalie décelée au spermogramme.</p> | Pour elle et lui |

Annexe VIII : Tableaux comparatifs des revenus et dépenses des ménages québécois



Annexe IX : Comparaison entre la FIV et l'insémination

| | Insémination | FIV | Différence |
|-----------------------------------|---------------------|------------|-------------------|
| Taux de succès | Entre 6 et 12% | 40% | 28-34% |
| Coût par naissance vivante | 42 487 \$AUS | 8735 \$AUS | 33 752 \$AUS |
| | 41 996\$ CAD | 8634\$ CAD | 33 362\$ CAD |

Source : Hossam Elzeiny, *ANZJOG*, Vol. 52, Issue 2, 2014 dans l'ACIQ 2015. Conversion taux de change fait en date du 20 mars 2016.

Annexe X : Liste des personnes et des organismes qui ont été entendus

| |
|--|
| Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité |
| Association des cliniques médicales du Québec |
| Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec |
| Association des couples infertiles du Québec |
| Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec |
| Association des jeunes médecins du Québec |
| Association des médecins d'urgence du Québec |
| Association des médecins en CLSC du Québec |
| Association des obstétriciens et gynécologues du Québec |
| Association des spécialistes en médecine interne du Québec |
| Association médicale canadienne et Association médicale du Québec |
| Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic |
| Centre hospitalier de l'Université de Montréal |
| Centre universitaire de santé McGill |
| Collège des médecins du Québec |
| Collège québécois des médecins de famille |
| Commissaire à la santé et au bien-être |
| Concerto Groupe santé |
| Confédération des syndicats nationaux |
| Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie-James |
| Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de la Montagne |
| Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS Jeanne-Mance |
| Conseil du statut de la femme |
| Conseil pour la protection des malades |
| Conseil québécois des LGBT |
| Contandriopoulos, M. Damien |
| Département d'Obstétrique-Gynécologie du CHU Sainte-Justine |
| Départements de médecine familiale des universités de Montréal, Laval, de Sherbrooke et McGill |
| Doyens des facultés de médecine des universités Laval, de Montréal, McGill et de Sherbrooke |
| Dumont, M. Jonathan |
| Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec |
| Fédération des médecins omnipraticiens du Québec |
| Fédération des médecins résidents du Québec |
| Fédération des médecins spécialistes du Québec |
| Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec |
| Fédération médicale étudiante du Québec |
| La Maison Bleue |
| Lamarche, M. Paul |

| |
|---|
| Médecins québécois pour le régime public |
| Ménard, Me Jean-Pierre |
| Miron, Dr Pierre |
| Ouimet, Dre Marie-Jo |
| Regroupement provincial des comités des usagers |
| Roy, Dr Louis et Martel, Dre Christiane |
| Société canadienne de fertilité et d'andrologie |

Annexe XI: Critères d'admissibilité à la FIV selon les pays

| Pays | Critère d'admissibilité (âge) |
|-------------------------|--|
| Allemagne | Femme : 25-40 ans, Homme : 25-50 ans |
| Australie | 40 ans |
| Autriche | Femme 40 ans (max), Homme : 50 ans (max) |
| Belgique | Femme 42 ans |
| Espagne | 40 ans |
| Finlande | Femme : 38 à 42 ans |
| France | 43 ans |
| Grande-Bretagne | 42 ans |
| Israël | 45 ans |
| Luxembourg | 40 ans |
| Norvège | Femme : 25-40 ans et différence d'âge raisonnable avec l'homme |
| Pays-Bas | 50 ans |
| Nouvelle-Zélande | 40 ans |
| Slovénie | 42 ans |

Source : *INESSS, 2015; AHTDP, 2014; Brigham et al., 2014* dans l'ACIQ 2015 : 11.

Bibliographie¹²³

Articles, chapitres de livre et livres

ACHILLES, Rona. «Artificial Insemination». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 149-153. Westview Press, 1999.

ACHILLES, Rona and Ken DANIELS. «Psychosocial Implications of Donor Insemination». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 160-165. Westview, 1999.

ANLEU, Sharyn Roach. «Legislation-Australia and New Zealand». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 310-316. Westview Press, 1999.

Association des couples infertiles du Québec (ACIQ). «Assurer l'avenir de la procréation assistée au Québec». Mémoire présentée à la Commission de la santé et des services sociaux, 5 mars 2015.

INHORN, Marcia C. and Frank VAN BALEN. «Introduction. Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 3-32. University of California Press, 2002.

BATES, Karine. Notes du cours ANT1018 : *Parenté et Néo-parenté*. Donné à l'Université de Montréal, Hivers 2013.

BATESON, Gregory. *La Cérémonie du Naven*. LGF, 1986.

BECKER, Gay. «Deciding Whether to Tell Children about Donor Insemination: An Unresolved Question in the United States». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on*

¹²³ La bibliographie suit le modèle du *Chicago-Style Citation Guide*.

Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 119-133. University of California Press, 2002.

BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. «From the Pill to Test-Tube Babies: New Options, New Pressures in Reproductive Behavior». IN *Healing Technology: Feminist Perspectives*, edited by STROTHER RATCLIFF et al., pages 23-40. The University of Michigan Press, 1989.

BLANCHY, S. «L'adoption, alternative à l'Assistance médicale à la procréation?». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Volume 39 (2011): 491-495.

BROWN, Marion, Kay FIELDEN & Jocelyne A. SCUTT. «New Frontiers or old recycled? New reproductive technologies as primary industry». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 77-107. Merlin, 1990.

BRUBAKER, Sarah Jane and Heather DILLAWAY. «Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences». *Sociology Compass*, Vol. 3, n°1 (2009): 31-48.

BURFOOT, Annette J. «Part One: Theories of Reproduction-Ancient to Contemporary». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 1-4. Westview Press, 1999.

BURFOOT, Annette J. «Part Two: Early Reproductive Technologies». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 59-60. Westview Press, 1999.

BURKE, Kenneth. *Language as Symbolic Action: Essays on Life, Literature and Method*. University of California Press, 1966.

CAHILL, Heather A. «Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis». *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 33, n°3 (2008): 334-342.

CARRELL, Douglas T. and Ronald L. URRY. «Male Infertility». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 171-179. Westview Press, 1999.

CARSTEN, Janet. *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*. Cambridge University Press, 2000.

CARTWRIGHT, E. «The Logic of Heartbeats: Electronic Fetal Monitoring and Biomedically Constructed Birth». IN *Cyborg Babies: from Techno-Sex to Techno-Tot*, edited by Robbie DAVIS-FLOYD and Joseph DUMIT, pages 240-254. Routledge, 1997.

Commission de l'éthique en science et en technologie (CEST). «Consultation sur les activités de procréation assistée au Québec». Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être, 12 juin 2013.

CHATEAUNEUF, Doris. «Désir d'enfant, procréation médicalement assistée et adoption : réflexion sur la définition des liens de parenté». Thèse de doctorat déposée à l'Université de Montréal au département d'anthropologie, 2011.

CHATEAUNEUF (b), Doris. «Projet familial, infertilité et désir d'enfant: usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte Québécois». *Enfances, Familles, Générations*, n° 15 (2011) : 61-77.

CHATEAUNEUF, Doris. «La transformation des configurations familiales : Une réflexion à partir de l'exemple du passage entre la procréation médicalement assistée et l'adoption». *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 24, n°2 (2012) : 102-119.

CLEVELAND, Janet. «L'expérience de l'infertilité et son interprétation chez les femmes franco-québécoises infertiles». Thèse de doctorat déposée à l'Université de Montréal au département d'anthropologie, 1990.

Code Civil du Québec. *Articles 538 à 542*. Éditions Yvon Blais: 21^{ème} édition, 2013-2014.

COLLARD, Chantal. «Kinship Studies au tournant du siècle». *L'Homme*, n°154-155 (2000) : 635-658.

COLLIER, F. «Quand le désir d'enfant est là: quelle sexualité pour le couple?» *Sexologie*, Vol. 19 (2010) : 170-174.

SHORE, Cris et al., «Commentary», COLLIER, Jane F. and Carole DELANEY. «Virgin births and sterile debates: Anthropology and the new reproductive technologies». *Current Anthropology*, Vol. 33, n°3 (1992): 295-314.

Commission de la santé et des services sociaux. «Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi no 20 – Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée». Dépôt à l'Assemblée nationale : n° 941-20150326, 2015.

CONRAD, Peter. «Medicalization and social control». *Annual Review of Sociology*, Vol.18 (1992): 209-232.

Conseil du statut de la femme (CFS). «Mémoire sur le projet de loi no 89, Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et modifiant d'autres dispositions législatives». Gouvernement du Québec, 2006.

Conseil du statut de la femme (CFS) «Commentaires sur la réglementation entourant les activités de procréation assistée». Gouvernement du Québec, 10 Mai 2010.

Conseil du Statut de la Femme (CSF). «Mémoire des pistes d'amélioration pour le programme de PMA». Mémoire présenté lors des audiences du Projet de loi n°20, 20 mai 2015.

Conseil du Statut de la Femme (CSF). «Mémoire sur le projet de loi n° 20, Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée». Mémoire présenté lors des audiences du Projet de loi n°20, février 2015.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). «Avis synthèse sur les activités de procréation assistée au Québec». Dépôt légal à la Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014.

COREA, Gena. «Women, class & genetic engineering-the effect of new reproductive technologies on all women». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the*

Commercialisation of Motherhood, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 135-156. Merlin, 1990.

CROWE, Christine. «Bearing the consequences-women experiencing IVF». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 58-66. Merlin, 1990.

CROWE, Christine (b). «Whose Mind Over Whose Matter? Women, In Vitro Fertilization and the Development of Scientific Knowledge». IN *The New reproductive Technologies*, edited by Maureen McNEIL, Ian VARCOE and Steven YEARLEY, pages 27-57. Macmillan, 1990.

CUSSINS, Charis. «Producing Reproduction: Techniques of Normalization and Naturalization in Infertility Clinics». IN *Reproducing reproduction: kinship, power, technological innovation*, edited by Sarah FRANKLIN and Helena RAGONÉ, pages 66-101. University of Pennsylvania Press, 1998.

DANDURAND, Renée B. et Françoise-Romaine OUELLETTE. «Famille, État et Structuration d'un champ familial». *Les classiques des sciences sociales*, 1995.

DANDURAND, Renée B. et Françoise-Romaine OUELLETTE. «Présentation : L'anthropologie des parentés euro-américaines». *Les classiques des sciences sociales*, 2000.

DANIELS, Ken. «Counseling». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 261-264. Westview Press, 1999.

DANIELS, Ken, 1999: *Selection and Assessment for Treatment*, pages 265-268, IN BURFOOT, Annette J., 1999: *Encyclopedia of Reproductive Technologies*. Westview Press, 1999.

DANILUK, Judith C. «"If we had it to do over again..." Couples' reflections on their experiences of infertility treatments». *The Family Journal: Counselling and Therapy for couples and families*, Vol. 9, n° 2 (2001): 122-133.

DAYAN, Jacques et Corinne TROUVÉ. «Désir d'enfant et PMA : Quelques aspects sociologiques». *Spirale*, Vol. 4, n° 32 (2004): 27-32.

DELANEY, Carol. «The meaning of paternity and the virgin birth debate». *Man*, Vol. 21, n° 3 (1986): 494-513.

DELIÈGE, Robert. *Anthropologie de la famille et de la parenté*. A. Colin, 2011.

DESCOLA, Philippe. *Par-delà la nature et culture*. Gallimard, 2005.

DONCHIN, Anne. «Artificial Insemination Policy». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 154-159. Westview Press, 1999.

DUDKIEWICZ-SIBONY, Charlotte et al. «Désir d'enfant». *Reliance*, Vol. 4. No. 26 (2007): 75-78.

DUMIT, Joseph and Robbie DAVIS-FLOYD. «Introduction: Cyborg Babies- Children of the Third Millenium». IN *Cyborg Babies: from Techno-Sex to Techno-Tots*, edited by Robbie DAVIS-FLOYD and Joseph DUMIT, pages 1-20. Routledge, 1997.

EDWARDS, Jeanette. «Explicit connections: ethnographic enquiry in north-west England». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 60-85. Routledge, 1999.

EDWARDS, Robert and Patrick STEPTOE. *A Matter of Life: The Story of a Medical Breakthrough*. Hutchinson, 1980.

EDWARDS, Jeanette and Marilyn STRATHERN. «Including our own». IN *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*, edited by Janet CARSTEN, pages 149-166. Cambridge University Press, 2000.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). «Programme québécois de procréation assistée». Mémoire déposé au Commissaire à la santé et au bien-être, 22 mai 2013.

Fédération du Québec pour les planifications des naissances. «La procréation assistée : comment y voir clair?» Montréal, 2006.

FINE, Agnès. «Introduction». IN *Adoptions : Ethnologies des parentés choisies*, edited by Agnès FINE, pages 1-19. Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 1998.

FINKELSTEIN, F. «Women, pregnancy & childbirth». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne SCUTT A., pages 12-32. Merlin, 1990.

FORGET, Dominique. *Bébés illimités: la procréation assistée... et ses petits*. Sous la direction du Dr Jean-François Chicoine. Québec Amérique, 2012.

FRANKLIN, Sarah. «Deconstructing "Desperateness": The Social Construction of Infertility in Popular Representations of New Reproductive Technologies». IN *The New reproductive Technologies*, edited by Maureen McNEIL, Ian VARCOE and Steven YEARLEY, pages 200-229. Macmillan, 1990.

FRANKLIN, Sarah. «Making miracle: Scientific Progress and the Facts of Life». *Reproducing reproduction: kinship, power, technological innovation*, edited by Sarah FRANKLIN and Helena RAGONÉ, pages 102-117. University of Pennsylvania Press, 1998.

FRANKLIN, Sarah. «Making representations: the parliamentary debate on the Human Fertilisation and Embryology Act». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 127-165. Routledge, 1999.

FRANKLIN, Sarah. «Afterword: 'Orphaned' embryos». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 166-170. Routledge, 1999.

FRANKLIN, Sarah. *Re-Thinking nature-culture: anthropology and the new genetics*. Lancaster University Press, 2003.

FRANKLIN, Sarah. *Biological Relatives: IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*. Duke University Press, 2013.

FRYDMAN, René. «Agonistes de la GnRG versus antagonistes IN la fécondation in vitro». *Annales d'urologie*, Numéro 39 (2005) : 51-55.

GHASARIAN, Christian. *Introduction à l'étude de la parenté*. Édition du Seuil, 1996.

GERRITS, Trudie. «*Infertility and Matrilineality: The Exceptional Case of the Macua of Mozambique*». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 233-246. University of California Press, 2002.

GORE-LANGTON, Robert and Susan DANIEL. «In Vitro Fertilization-Overview». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 211-217. Westview Press, 1999.

GORE-LANGTON, Robert and Susan DANIEL. «In Vitro Fertilization- Historical Development». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 218-221. Westview Press, 1999.

Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2015.

GRAS, Alain. «Prologue», IN *La fragilité de la puissance : se libérer de l'emprise technologique*. Fayard, 2003.

GREIL, Arthur L. *Not yet pregnant: Infertile couples in Contemporary America*. Rutgers University Press, 1991.

GREIL, Arthur L. «Infertile Bodies: Medicalization, Metaphor, and Agency». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 101-118. University of California Press, 2002.

GREIL, Arthur L. and Julia MCQUILLAN. «“Trying” Times: Medicalization, Intent, and Ambiguity in the Definition of Infertility». *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 24 (2010): 137-156.

GREIL, Arthur L., Katherine M. JOHNSON, Julia MCQUILLIAN and Naomi LACY. «PRIOR PREGNANCIES AND WOMEN’S EXPERIENCES OF INFERTILITY: Are prior pregnancy outcomes relevant for models of fertility-specific distress or infertility helpseeking?». *Human fertility*, Vol. 14, n°3 (2011): 160-166.

HABERMAS, Jürgen. *The Future of Human Nature*. Polit, 2003.

HACKING, Ian. «Making Up People». IN *Beyond the body proper: Reading the Anthropology of Material life*, edited by Margaret LOCK and Judith FARGQUHAR, pages 161-170. Duke University Press, 2007.

HAIMES, Erica. «Recreating the Family? Policy Considerations Relating to the "New" Reproductive Technologies». IN *The New reproductive Technologies*, edited by Maureen McNEIL, Ian VARCOE and Steven YEARLEY, pages 154-172. Macmillan, 1990.

HAIMES, Erica. «Egg Donation». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 269-271. Westview Press, 1999.

HANDWERKER, Lisa. «The Politics of Making Modern Babies in China: Reproductive Technologies and the "New" Eugenics». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 298-314. University of California Press, 2002.

HANMER, Jalna. «Foreword». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages vii-ix. Merlin, 1990.

HAYDEN, Corinne P. «A Biodiversity Sampler for the Millennium». IN *Reproducing reproduction: kinship, power, technological innovation*, edited by Sarah FRANKLIN and Helena RAGONÉ, pages 173-206. University of Pennsylvania Press, 1998.

Hayden, Corinne P. «Gender, Genetics and Generation: reformulating biology in lesbian kinship». IN *Kinship and family: an anthropological reader* edited by Robert PARKIN and Linda STONE, pages 378-394. Wiley-Blackwell, 2004.

HÉRITIER, Françoise. *L'exercice de la parenté*. Gallimard : Le Seuil, 1981.

HIRSCH, Eric. «Negotiated limits: interviews in south-east England». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 91-121. Routledge, 1999.

HIRSCH, Eric. «Afterword: Glimpses of moments in the 'circuit of culture'». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 122-126. Routledge, 1999.

HIRSCHAUER, Stefan. «The manufacture of bodies in surgery». *Social Studies of Science*, Vol. 21 (1991): 279-320.

HOEN, Ellen 'T. «Diethylstilbestrol (DES)». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 105-108. Westview Press, 1999.

HOGLE, Linda F. «Standardization across Non-Standard Domains: The Case of Organ Procurement». *Science, Technology, & Human Values*, Vol. 20, N° 4 (1995): 482-500.

HOGLE, Linda F. «Transforming "Body Parts" into Therapeutic Tools: A Report from Germany». *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 10, N° 4 (1996): 675-682.

HOGLE, Linda F. «The Anthropology of Bioengineered Futures». *Anthropology News*, Vol. 44, N°4 (2003): 14.

HOGLE, Linda F. «Enhancement Technologies and The Body». *Annual Review of Anthropology*, Vol. 34 (2005): 695-716.

HUXLEY, Aldous. *Le meilleur des mondes*. Éditions Plon pour la traduction française, 1932.

Institut Nationale d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS). *Procréation assistée: critères médicaux d'admissibilité aux traitements financés publiquement et innocuité de la répétition dans les cycles de fécondation in vitro*. Rédigée par Geneviève Martin, 2015.

JENKINS, Gwynne L. «Childlessness, Adoption, and Milagros de Dios in Costa Rica». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 171-190. University of California Press, 2002.

JORALEMON, Donald. «Organ Wars: The Battle for Body parts». *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 9, N° 3 (1995): 335-356.

KASS, Leon R. «Thinking about the Body». *The Hastings Center Report*, Vol. 15, N° 1 (1985): 20-30.

KAUFMAN, Sharon R. and Lynn M. MORGAN. «The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life». *Annual Review of Anthropology*, Vol. 34 (2005): 317-341.

KESEY, Ken. «One Flew Over the Cuckoo's Nest». *Literature/Film Quarterly*, Vol. 5, No. 2 (SPRING, 1977): 132-141.

KLEIN, Renate. «Genetic & reproductive engineering-the global view». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 235-273. Merlin, 1990.

KOHLER RIESSMAN, Catherine. «Positioning Gender identity in Narratives of Infertility: South Indian Women's Lives in Context». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 152-170. University of California Press, 2002.

KOVAL, Ramona. «The commercialisation of reproductive technology». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 108-134. Merlin, 1990.

KOVAL, Ramona and Jocelyne A. SCUTT. «Genetic & reproductive engineering-all for the infertile?». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 33-57. Merlin, 1990.

KOYRÉ, Alexandre. *Du monde clos à l'univers infini*. Gallimard, 1973.

KUNISCH, Judith R. «Electronic Fetal Monitors: Marketing Forces and the Resulting Controversy». IN *Healing Technology: Feminist Perspectives*, edited by Katheryn STROTHER RATCLIFF, pages 41-60. The University of Michigan Press, 1989.

LAFONTAINE, Céline. *L'empire cybernétique. Des machines à penser à la pensée machine*. Éditions du Seuil, 2004.

LAFONTAINE, Céline. *Nanotechnologies et société. Enjeux et perspectives: Entretiens avec des chercheurs*. Les Éditions Boréal, 2010.

LAFONTAINE, Céline. Cours donné à l'université de Montréal nommé *Technosciences, société et culture*, 2014.

LAMAZOU et al. «Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne : physiopathologie, facteurs de risque, prévention et prise en charge». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 40, n° 7 (2011) : 593-611.

LATOUR, Bruno. *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*. La Découverte, 1999.

LAZARATOU, Hélène et Bernard GOLSE. «Du désir à l'acte: les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA)». *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 49 (2006) : 573-599.

LE BRETON, David. «Le corps entre significations et informations». *La Revue*, Vol. 1. N° 68 (2014) : 21-30.

LE BRETON, David (b). «Mauss et la naissance de la sociologie du corps». *La Découverte*, Vol. 2, n° 36 (2010) : 371-384.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Nature, culture et société: les structures élémentaires de la parenté*. Flammarion, 2010.

LOWIE, Robert H. «Unilateral Descent Groups». IN *Kinship and Family: an anthropological reader*, edited by Robert PARKIN and Linda STONE, pages 43-63. Wiley-Blackwell, 2004.

MAESTRUTTI, M. *Imaginaires des nanotechnologies. Mythes et fictions de l'infiniment petit*. Vuibert, 2005.

MARANTZ HENING, Robin: *Pandora's Baby: How the First Test Tube Babies Sparked the Reproductive Revolution*. Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2004.

MASQUELIER-SAVATIER, Chantal. «À l'occasion du désir d'enfant». *Gestalt*, Vol. 1, n°43 (2013) : 43-55.

MAZOYER, Anne-Valérie et Sylvie BOURDET-LOUBÈRE. «Évolution du désir d'enfant après l'échec des aides médicales à la procréation». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Vol. 1, n° 60 (2013) : 97-108.

McNEIL, Maureen. «Reproductive Technologies: A New Terrain for the Sociology of Technology». IN *The New reproductive Technologies*, edited by Maureen McNEIL, Ian VARCOE and Steven YEARLEY, pages 1-26. Macmillan, 1990.

MENTOR, Steven. «Witches, Nurses, Midwives and Cyborgs: IVF, ART and Complex Agency in the World of Technobirth». IN *Cyborg Babies: from Techno-Sex to Techno-Tots*, edited by Robbie DAVIS-FLOYD and Joseph DUMIT, pages 67-89. Routledge, 1997.

Ministre de la santé et des services sociaux (MSSS). *Note d'allocation du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, portant sur le projet de Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant*

diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Assemblée nationale du Québec, 2014.

Ministre de la santé et des services sociaux (b). *Lettre ouverte du ministre Gaétan Barrette aux médecins concernant le PL 20*. 2014.

MIRON, Pierre. «L'assistance médicale à la procréation : ses combats, ses avancées et ses conquêtes». Présentation faite au 5^e Colloque périnatalité/pédiatrie, 9 mai 2014.

MIRON, Pierre. «La vie s'arrête lorsque la peur de l'inconnu est plus forte que son élan». Mémoire présenté à la Commission de la Santé et des Services Sociaux (Projet de Loi 20), 24 mars 2015.

MODELL, Judith. «Last chance babies: interpretations of parenthood in an in-vitro program». *Medical anthropology quarterly*, Vol. 3 (1989) : 124-138.

MOORE, Benoît. «Quelle famille pour le XXI^e siècle? : Perspectives québécoises». *Revue canadienne de droit familial*, Vol. 20 (2003) : 57-97.

MULLEN, Michelle. «In Vitro Fertilization and Male-Factor Infertility». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 247-250. Westview Press, 1999.

MULLEN, Michelle. «A: Fetal Tissue Research and Applications». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 333-336. Westview Press, 1999.

MUNDY, Liza. *Everything Conceivable: How Assisted Reproduction Is Changing Our World*. Anchor, 2007.

MUNRO, Kathy. «In Vitro Maturation and Ova Freezing». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 242-246. Westview Press, 1999.

MURDOCH, Anna. «Off the treadmill-leaving and IVF programme behind». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 67-70. Merlin, 1990.

OUELLETTE, Françoise-Romaine. «L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médical». *Sociologie et sociétés*, Vol. 20, n°1 (1988) : 13-32.

OUELLETTE, Françoise-Romaine. «Les usages contemporains de l'adoption». IN *Adoptions : Ethnologies des parentés choisies*, edited by Agnès FINE, pages 153-176. Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 1998.

OUELLETTE, Françoise-Romaine. «Parenté et Adoption». IN *Sociétés Contemporaines*, N°38 (2000) : 49-65.

PARKIN, Robert and Linda STONE. «Preface». IN *Kinship and Family: An anthropological reader*, edited by Robert PARKIN and Linda STONE, pages viii-x. Wiley-Blackwell, 2004.

PARKIN, Robert and Linda STONE. «General Introduction». IN *Kinship and Family: An anthropological reader*, edited by Robert PARKIN and Linda STONE, pages 1-24. Wiley-Blackwell, 2004.

PARKIN, Robert. «Introduction: Descent and Marriage». IN *Kinship and Family: An anthropological reader*, edited by Robert PARKIN and Linda STONE, pages 29-42. Wiley-Blackwell, 2004.

PASHIGIAN, Melissa J. «Conceiving the Happy Family: Infertility and Marital Politics in Northern Vietnam». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 134-155. University of California Press, 2002.

PICKMANN, Claude-Noël. «Désir d'enfant, Féminité et Infertilité». IN *La psychanalyse, encore!*, edited by Claude BOUKOBZA, pages 83-91. Érès Hors Collection, 2006.

PRICE, Frances. «The Management of Uncertainty in Obstetric Practice: Ultrasonography, In Vitro Fertilization and Embryo». IN *The New reproductive Technologies*, edited by Maureen McNEIL, Ian VARCOE and Steven YEARLEY, pages 123-153. Macmillan, 1990.

PRICE, Frances. «Beyond expectation: clinical practices and clinical concerns». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 29-52. Routledge, 1999.

PRICE, Frances. «Afterword: Solutions for life and Growth? Collaborative conceptions in reproductive medicine». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 53-59. Routledge, 1999.

Quindlen, Anna. «Baby craving». *Life*, 1987: 23-42.

RAGONÉ, Helena. *Surrogate Motherhood: Conception in the Heart*. Westview Press, 1994.

RATCLIFF, Kathryn Strother. «Introduction». IN *Healing Technology: Feminist Perspectives*, edited by Kathryn Strother RATCLIFF, pages 1-10. The University of Michigan Press, 1989.

ROCHON, Madeleine. «Stérilité et infertilité: Deux concepts». *Cahiers Québécois de démographie*, Vol. 15, n° 1 (1986) : 27-56.

ROSE, Nikolas and Carlos NOVAS. «Biological Citizenship». IN *Global Assemblages: technology, politics and ethics as anthropological problems*, edited by Aihwa ONG and Stephen COLLIER, pages 1-43. Blackwell, 2005.

SAHLINS, Marshall. «What Kinship is (part one)». *Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vol. 17, Issue 1 (2011): 2-19.

SAHLINS, Marshall. «What Kinship is (part two)». *Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vol. 17, Issue 2 (2011): 227-242.

SANDELOWSKI, Margarete. «Compelled to Try: The Never-Enough Quality of Reproductive Technology». *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 5, n°1 (1991): 29-47.

SANDELOWSKI, Margarete. *With Child in Mind: Studies of the Personal Encounter with Infertility*. University of Pennsylvania Press, 1993.

SANNER, Margareta A. «Exchanging spare parts or becoming a new person? People's attitudes toward receiving and donating organs». *Social Science and Medicine*, Vol. 52 (2001): 1491-1499.

SCHMIDT, Matthew and Lisa Jean MOORE. «Constructing a "Good Catch", Picking a Winner: The Development of Technosemen and the Deconstruction of the Monolithic Male». IN *Cyborg Babies: from Techno-Sex to Techno-Tots*, edited by Robbie DAVIS-FLOYD and Joseph DUMIT, pages 21-39. Routledge, 1997.

SCHNEIDER, David Murray. *American Kinship: A Cultural Account*. The University of Chicago Press, Second Edition, 1980.

SHARP, Lesley A. «Organ Transplantation as a Transformative Experience: Anthropological Insights into the Restructuring of the Self». *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 9, n°3 (1995): 357-389.

SHARP, Lesley A. «The Commodification of the Body and its Parts». *Annual Review of Anthropology*, Vol. 29 (2000): 287-327.

SHORE, Cris et al. «Virgin births and sterile debates: Anthropology and the new reproductive technologies». *Current Anthropology*, Vol. 33, n°3 (1992): 295-314.

SCUTT, Jocelyne A. «Introduction». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 1-11. Merlin, 1990.

SCUTT, Jocelyne A. «Disturbing connections-artificial & natural conception and the right to choose». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 157-184. Merlin, 1990.

SCUTT, Jocelyne A. «Women's bodies, patriarchal principles-genetic and reproductive engineering & the law». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 185-234. Merlin, 1990.

SCUTT, Jocelyne A. «Epilogue». IN *The Baby Machine: Reproductive Technology and the Commercialisation of Motherhood*, edited by Jocelyne A. SCUTT, pages 274-320. Merlin, 1990.

STEINBERG, Deborah Lynn. «The Depersonalisation of Women through the Administration of "In Vitro Fertilization"». IN *The New reproductive Technologies*, edited by Maureen McNEIL, Ian VARCOE and Steven YEARLEY, pages 74-122. Macmillan, 1990.

STONE, Linda. «Contemporary directions in kinship: Introduction». IN *Kinship and family: an anthropological reader*, edited by Robert PARKIN and Linda STONE, pages 331-341. Wiley-Blackwell, 2004.

STRATHERN, Marilyn. «Introduction, first edition: A question of context». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by EDWARDS, Jeanette, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 9-28. Routledge, 1999.

STRATHERN, Marilyn. «Regulation, substitution and possibility». IN *Technologies of procreation: kinship in the age of assisted conception*, edited by Jeanette EDWARDS, Sarah FRANKLIN, Eric HIRSCH, Frances PRICE and Marilyn STRATHERN, pages 171-202. Routledge, 1999.

STRATHERN, Marilyn. *Kinship, Law and the Unexpected: Relatives are always a surprise*. Cambridge University Press, 2005.

SUNDBY, J. «Infertility and Health Care in Countries with Less Resources: Case Studies from Sub-Saharan Africa». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 247-260. University of California Press, 2002.

TEMAN, Elly. «The Medicalization of "Nature" in the "Artificial Body": Surrogate Motherhood in Israel». *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 17, N°1 (2003): 78-98.

THOMPSON, Charis M. «Fertile Ground Feminist Theorize Infertility». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 52-78. University of California Press, 2002.

TUANA, Nancy. «Historical Perspectives of Human Reproduction». IN *Encyclopedia of Reproductive Technologies*, edited by Annette J. BURFOOT, pages 5-14. Westview Press, 1999.

VAN BALEN, Frank. «The Psychologization of Infertility». IN *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and the New Reproductive Technologies*, edited by Marcia C. INHORN and Frank VAN BALEN, pages 79-98. University of California Press, 2002.

WRIGHT, Barbara Drygulsi. «Introduction of Part 1. Reproductive Technologies: Economic and Social Implication». IN *Healing Technology: Feminist Perspectives*, edited by Kathryn Strother RATCLIFF, pages 13-22. The University of Michigan Press, 1989.

YANAGISAKO, Sylvia Junko and Jane Fishburne COLLIER. *Gender and Kinship: Towards a Unified Analysis*. Stanford University Press, 1987.

YONNET, Paul. «L'avènement de l'enfant du désir». *S.E.R./ Études*, Vol. 1, Tome 412 (2010) : 43-52.

YOXEN, Edward. «Conflicting Concerns: The Political Context of Recent Embryo Research Policy in Britain». IN *The New reproductive Technologies*, edited by Maureen McNEIL, Ian VARCOE and Steven YEARLEY, pages 173-199. Macmillan, 1990.

ZIMMERMAN, Francis. *Enquête sur la parenté*. Presses Universitaires de France, 1993.

ZOLA, Irving Kenneth. «Medicine as an institution of social control». *Sociological Review*, Vol.20, n°4 (1972): 487-504.

Sites web

Association des couples infertiles du Québec. Onglets «Historique», «Mission et but» «Projet de loi 20» et «PMA au Québec». © 2015. <http://aciq.ca/>

Canadian Fertility and Andrology Society (CFAS). «Human Assisted Reproduction 2014 Live Birth Rates for Canada». Article publié le 12 septembre 2014. <https://www.cfas.ca/>.

Centre de Fertilité de Montréal. Onglet «Services». © 2016. <http://www.montrealfertility.com/fr/>

Clinique Fertily. Onglets «Fertilité» et «Procréation assistée». Dernières modifications en 2016. <http://www.fertilys.org/>

Clinique OriginElle. Onglets «L'infertilité» et «Traitements». © 2016. En ligne : <http://originelle.com/index.php?lang=fr>

Clinique Ovo. Onglets «Fertilité» et «Cryo». ©2014. <http://www.cliniqueovo.com/>

Clinique Procréa. Onglets «Comprendre la fertilité» et «Traitements possibles». ©2016 . <https://procrea.ca/fr/>

Dictionnaire québécois. «Vocabulaire québécois». En ligne : <http://www.dictionnaire-quebecois.com/definitions-a.html>

Finances Québec. «Bulletin d'information : Modifications à la liste des frais admissibles à une aide fiscale pour le traitement de l'infertilité à la suite de la sanction du projet de loi no 20». Publié le 11 novembre 2015 : http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/bulletins/fr/BULFR_2015-6-f-b.pdf

Journal La Presse. «Philippe donneur de sperme». Publié le 12 octobre 2012 : <http://www.lapresse.ca/vivre/urbania/201210/12/01-4582781-philippe-donneur-de-sperme.php>

Journal La Presse. «Elle trompe le système et perd la garde de son bébé». Publié le 25 septembre 2013 : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201309/25/01-4692883-elle-trompe-le-systeme-et-perd-la-garde-de-son-bebe.php>

Journal La Presse. «Procréation assistée: des couples anéantis par le projet de loi 20». Publié le 13 novembre 2015 : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201511/12/01-4920383-procreation-assistee-des-couples-aneantis-par-le-projet-de-loi-20.php>

Journal La Presse. «Fécondation in vitro: des cliniques américaines courtisent les Québécois». Publié le 29 avril 2015 : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201504/28/01-4865316-fecondation-in-vitro-des-cliniques-americaines-courtisent-les-quebecois.php>

Journal Le Devoir. «Des naissances moins coûteuses». Publié le 20 mars 2014 : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/403133/des-naissances-moins-couteuses>

Journal Le Devoir. «Les centres de procréation assistée des hôpitaux seraient dans la mire du ministère». Publié le 12 janvier 2016 : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/459959/les-centres-de-procreation-assistee-des-hopitaux-seraient-dans-la-mire-du-ministere>

Journal Métro. «Procréation sans limites... ou presque». Publié le 9 mai 2012 : <http://journalmetro.com/plus/sante/68944/procreation-sans-limites-ou-presque/>

Le Figaro.fr. «Déjà 5 millions de bébés FIV dans le monde». Publié le 2 juillet 2012 : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/07/02/18532-deja-cinq-millions-bebes-fiv-dans-monde>

Ministre de la Justice. «Codification : Loi sur la procréation assistée. L.C. 2004, ch. 2». Dernière modification le 30 septembre 2012: <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/A-13.4.pdf>

Ministère des finances. «Revue de l'aide fiscale accordée aux personnes ayant recours à la voie médicale pour devenir parents». Publié le 28 novembre 2014. En ligne : http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/bulletins/fr/BULFR_2014-10-f-b.pdf

Radio Canada International. «Fécondation in vitro : Couverture publique en Ontario». Publié le 2 octobre 2015: <http://www.rcinet.ca/fr/2015/10/02/fecondation-in-vitro-couverture-publique-en-ontario/>

Radio Canada. «L'Ontario devient la deuxième province à financer la procréation assistée». Publié le 1 octobre 2015. En ligne: <http://ici.radio-canada.ca/regions/ontario/2015/10/01/002-procreation-assistee-nouveau-programme-ontario-details-reactions.shtml>

Serena Québec. ©2014. En ligne : <http://www.serena.ca>

Statistique Canada. «*Âge moyen de la mère à l'accouchement (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires*». Dernières modifications 20 décembre 2012. En ligne : <http://mieux-etre.edsc.gc.ca/misme-iowb/.3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=75>

Statistique Canada. «Naissances, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec, 2006-2016» Dernières modification 3 août 2016. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/i210.htm>

Les Production 214 Prod & One Planet. «Quand l'enfant se fait attendre». Documentaire diffusé en avril 2013 sur France 4. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=QQxUUjmBhAM0>

Les Production J. «La Fécondation in-vitro- Ça pourrait nous arriver». Diffusé le 12 septembre 2007 sur le Réseau TVA. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=PnYFQqK07NU>

