

Université de Montréal

Médiation procréative et maternités assistées
Vers une approche relationnelle et pragmatique de la
gestation pour autrui et du don d'ovules au Canada

par Kévin Lavoie

Doctorat interdisciplinaire en sciences humaines appliquées
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ doctor (Ph.D.)
en sciences humaines appliquées

Février 2019

© Kévin Lavoie, 2019

Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Cette thèse intitulée :

**Médiation procréative et maternités assistées
Vers une approche relationnelle et pragmatique de la
gestation pour autrui et du don d'ovules au Canada**

Présentée par :
Kévin Lavoie

a été évaluée par les personnes suivantes :

Céline Bellot, présidente-rapporteure
Isabel Côté, directrice de recherche
Raphaële Noël, membre du jury
Sylvie Lévesque, examinatrice externe

Résumé

Contexte. Bien que les différentes composantes de la maternité coïncident et s'incarnent en une seule et même femme dans la vaste majorité des cas, les pratiques de gestation pour autrui (GPA) et de don d'ovules viennent bouleverser cette vision unifiée de « la » mère, conviant jusqu'à trois femmes dans une triade d'enfantement inédite : une mère d'intention, une femme porteuse et une donneuse d'ovules. La thèse vise à mieux comprendre la construction du rapport à la maternité chez ces femmes, dans un contexte où leur parole est occultée du débat entourant la régulation de ces pratiques. Trois objectifs guident la démarche de recherche : 1) comprendre la manière dont les femmes se représentent leur apport respectif dans le projet parental; 2) identifier les stratégies d'appropriation et de mises à distance de la maternité déployées par ces femmes, ainsi que les facteurs personnels, sociaux et normatifs qui favorisent ou inhibent leur émergence et 3) mettre en lumière la dimension relationnelle du processus d'enfantement.

Cadre conceptuel. Les trois composantes des maternités assistées (intention, génétique et gestation) constituent le socle d'un arrimage conceptuel élaboré pour alimenter l'analyse, auquel s'ajoutent trois axes de structuration sociale. La première composante renvoie à la formulation du projet parental de départ et la prise en charge de l'enfant après sa naissance, la deuxième évoque le gamète et la transmission des gènes, tandis que la troisième symbolise la grossesse et l'accouchement. Les normes du système de parenté euroaméricain et les pressions exercées par l'institution de la maternité influencent la définition et l'aménagement des liens en soulevant plusieurs préoccupations, dont la quête de la « vraie » mère comme figure unique et exclusive, et l'image idéalisée de la « bonne » mère dotée de qualités féminines valorisées. La stratification de la reproduction révèle quant à elle les rapports de pouvoir qui prennent appui sur la hiérarchisation des positions sociales occupées par les femmes concernées.

Cadre méthodologique. La méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) d'orientation constructiviste a été retenue pour la recherche. Les données qualitatives ont été recueillies en deux vagues de recrutement dans une visée d'échantillonnage théorique, afin de favoriser l'émergence de catégories conceptuelles au fil d'un raisonnement analytique abductif. Quarante-cinq entrevues individuelles et semi-dirigées ont été réalisées au Canada auprès de trente-huit participantes ($n = 38$), soit treize mères d'intention, quinze femmes porteuses et dix donneuses d'ovules. Les entrevues ont été retranscrites intégralement, puis codées selon un processus continu de théorisation.

Résultats. Le processus d'enfantement correspond à une mise en relation qui se construit au fil de quatre mouvements : *s'engager*, *négoier*, *mettre en pratique* et *raconter*. Le premier mouvement évoque les trajectoires des femmes concernées qui convergent vers un projet commun. La trajectoire des femmes stériles ou infertiles est motivée par le désir d'accéder à la maternité ou de permettre à leur conjoint de devenir père, tandis que celle des femmes porteuses et des donneuses d'ovules découlent d'une mosaïque de motifs. Leurs représentations de ce qui « fait » ou « ne fait pas » la mère influencent les logiques discursives des femmes et orientent subséquemment leurs comportements et leurs pratiques.

Le deuxième mouvement représente le point de rencontre entre les mères d'intention et les tierces reproductrices au sein de l'une des trois filières d'accès à la procréation assistée par autrui : la famille et l'entourage, les intermédiaires privés ou les réseaux socionumériques. Les femmes naviguent à travers les cadres normatifs du droit, de la médecine et de l'État, chacun générant des régulations qui teintent l'issue de la négociation et embrouillent leur faculté à consentir de manière éclairée.

Le troisième mouvement correspondant à la mise en pratique de la GPA et du don d'ovules. D'un côté, les femmes concernées ritualisent la grossesse et l'accouchement pour faire face à l'incertitude maintenue par le flou juridique actuel entourant la GPA. De l'autre, le don d'ovules correspond à une expérience corporelle « à relais » qui provoque la permutation du gamète féminin en maternité incarnée : la préparation et l'extraction des ovules du corps de la donneuse, puis l'implantation de l'embryon et la gestation du fœtus dans celui de la receveuse.

Le quatrième mouvement témoigne de la mise en récit des origines, où chaque protagoniste trouve sa place dans l'histoire de la genèse familiale. Cette construction narrative s'enracine dans trois conceptions des maternités assistées (maternité exclusive, maternités séquentielles et maternité honoraire), lesquelles orientent l'annonce à l'enfant des circonstances entourant sa conception, ainsi que le type de liens noués entre l'ensemble des personnes concernées, incluant les partenaires de vie, les enfants et les grands-parents.

Retombées. Réunissant les quatre mouvements du processus d'enfantement dans un modèle intégratif, la « médiation procréative » est un dispositif qui repose sur quatre fondements théoriques. D'abord, elle implique un découpage en séquences, lesquelles structurent le processus d'enfantement au fil du temps et des événements. Ensuite, elle correspond à une approche de la proximité, puisque le processus se déroule au Canada et se caractérise par la similitude, et non la distance et la différence. Cette particularité permet aux femmes de créer une trame relationnelle qui consolide l'entente de procréation assistée par autrui. La médiation procréative se situe néanmoins au carrefour de régulations qui embrouillent la faculté à consentir des femmes, entre la contractualisation des relations et la médicalisation de l'enfantement. Enfin, la pluralité des expériences des femmes témoigne de tensions entre leur désir de se conformer aux normes familiales et de genre pour échapper à la stigmatisation, mais aussi leur volonté de résister à ces mêmes normes pour les transformer, et ainsi inscrire leurs trajectoires marginalisées au sein d'une diversité familiale reconnue et respectée.

Mots-clés : maternité, infertilité, procréation assistée par autrui, gestation pour autrui, don d'ovules, enfantement, méthodologie de la théorisation enracinée, recherche qualitative.

Abstract

Reproductive Mediation and Assisted Maternities:

Towards a Relational and Pragmatic Approach of Surrogacy and Egg Donation in Canada

Context. Although the different components of maternity and motherhood coincide and are embodied in one woman in the vast majority of cases, surrogacy and egg donation disrupt this unified vision of “the” mother, calling for up to three women in an unprecedented birthing triad: an intended mother, a surrogate and an egg donor. The thesis aims to better understand how these women relate to maternity, in a context where their voice is hidden from the debate surrounding the regulation of these practices. Three objectives guide the research process: 1) to understand how women perceive their respective contributions in the parental project; 2) to identify the strategies deployed by these women to appropriate or distance themselves from maternity, as well as the personal, social and normative factors that promote or inhibit their emergence and 3) to highlight the relational dynamics of the birthing process.

Conceptual framework. The three components of assisted maternity (intention, genetics and gestation) constitute the base of a conceptual framework built to feed the analysis, to which are added three axes of social structuring. The first component refers to the formulation of the parental project of origin and the care of the child after birth, the second refers to the gamete and the transmission of genes, while the third symbolizes pregnancy and childbirth. The kinship norms of western culture and the pressures exerted by the institution of motherhood influence the definition and management of relationships by raising several concerns, including the quest for the “real” mother as a unique and exclusive figure, and the idealized image of the “good” mother with valued female qualities. Reproductive stratification reveals the power relations that are based on the hierarchy of social positions occupied by the women concerned.

Methods. Constructivist grounded theory methodology has been retained for the research. Qualitative data were collected in two waves of recruitment with a theoretical sampling aim, in order to favor the emergence of conceptual categories through abductive reasoning. Forty-five individual and semi-structured interviews were conducted in Canada with thirty-eight participants ($n = 38$), including thirteen intended mothers, fifteen surrogates, and ten egg donors. The interviews were transcribed and coded according to a continuous process of theorization.

Results. The birthing process is a relationship that is built through four movements: *engaging*, *negotiating*, *putting into practice*, and *telling*. The first movement (*engaging*) evokes the trajectories of the women who converge toward a common project. The trajectory of sterile or infertile women is motivated by the desire to access maternity or to allow their spouse to become a father, while that of surrogates and egg donors is derived from a mosaic of motives. Their depictions of what “makes” or “doesn’t make” a mother influence the discursive logic of women and subsequently guide their behavior and practices.

The second movement (*negotiating*) represents the meeting point between the intended mothers and third-party reproducers in one of the three channels of access to assisted human reproduction: family and friends, private intermediaries or social media networks. Women navigate through the normative frameworks of law, medicine and the state, each generating regulations that taint the outcome of negotiations and inhibit their ability to make informed decisions.

The third movement (*putting into practice*) correspond to the practice of surrogacy and egg donation. On the one hand, the women involved ritualize pregnancy and childbirth to cope with the current legal uncertainty regarding surrogacy. On the other hand, the egg donation corresponds to a “relay” body experience which causes the permutation of the female gamete into embodied maternity: the preparation and the extraction of the eggs from the donor’s body, then the implantation of the embryo and gestation of the fetus in that of the recipient.

The fourth movement (*telling*) testifies the narrative of the origins, where each protagonist finds its place in the history of the family’s genesis. This narrative construction is rooted in three conceptions of assisted maternities (exclusive maternity, sequential maternities, and honorary maternity), which guide the announcement to the child of the circumstances surrounding his/her conception, as well as the type of bonds established between all the individuals involved, including life partners, children and grandparents.

Impacts. Bringing together the four movements of the birthing process into an integrative model, “reproductive mediation” is a measure that rests on four theoretical foundations. First, it involves a division into sequences, which structure the birthing process over time and events. Secondly, it corresponds to a proximity approach, since the process takes place in Canada and is characterized by similarity, not distance and difference. This particularity allows women to create a relational framework that consolidates the assisted reproduction agreement. Nevertheless, between the contractualization of relations and the medicalization of childbirth, reproductive mediation is at a crossroads of regulations that hinders one’s ability to consent. Finally, the plurality of women’s experiences shows tensions between their desire to conform to family and gender norms to escape stigmatization, but also their willingness to resist and change these same norms, thus making their marginalized paths a part of an acknowledged and respected family diversity.

Keywords: maternity, motherhood, infertility, assisted human reproduction, surrogacy, egg donation, childbirth, grounded theory, qualitative research

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	xiii
Liste des figures.....	xiv
Liste des sigles	xv
Remerciements	xvi
Introduction	1
La structure de la thèse.....	4
Chapitre I. Problématique	
Techniques de reproduction assistée et fragmentation de la maternité.....	6
1.1 Un débat social et théorique polarisé.....	8
1.1.1 Une mise en débat des mouvances féministes.....	9
1.1.2 Le discours public comme révélateur de tensions sociales	13
1.1.3 Un appel pour une régulation adaptée aux réalités familiales actuelles.....	15
1.2 À l'écoute de paroles occultées.....	16
1.2.1 Le piège du récit unique.....	17
1.3 La présente recherche	18
1.3.1 Question et objectifs de recherche.....	19
1.3.2 La pertinence de l'étude.....	20
1.4 Précisions terminologiques.....	21

Chapitre II. Revue de la documentation

La procréation assistée par autrui : pratiques, cadres et expériences	26
2.1 La recherche documentaire	26
2.2 Les éléments constitutifs.....	28
2.2.1 L'infertilité féminine	28
2.2.2 La gestation pour autrui	30
2.2.3 Le don d'ovules.....	33
2.3 L'encadrement normatif	35
2.3.1 Au niveau fédéral	37
2.3.2 Au niveau provincial	40
2.4 Les filières d'accès	46
2.5 Les expériences vécues	50
2.5.1 Naturaliser les maternités assistées.....	51
2.5.2 Porter un enfant pour autrui et compartimenter le corps.....	55
2.5.3 Donner des ovules et désincarner le gamète	60
2.6 Résumé du chapitre.....	62

Chapitre III. Cadre conceptuel

Les maternités assistées par tierces reproductrices	64
3.1 Une compréhension contemporaine de la maternité.....	65
3.1.1 Une évolution historique ponctuée de dissociations.....	65
3.2 D'une maternité fragmentée à un déploiement de composantes plurielles	69
3.2.1 L'intention et la formulation du projet parental	70
3.2.2 La génétique et la transmission des gènes	72
3.2.3 La gestation et le corps enceint	73
3.3 L'enfantement comme processus relationnel	74
3.4 Axes de structuration sociale des maternités assistées	76
3.4.1 Le modèle de parenté euroaméricain et ses liens d'apparentement.....	77
3.4.2 L'institution de la maternité et ses injonctions de genre.....	80
3.4.3 La reproduction stratifiée et ses inégalités socioéconomiques.....	84
3.5 Vers une perspective intégrative des savoirs	87

Chapitre IV. Cadre méthodologique

Théoriser la construction du rapport à la maternité.....91

4.1 La méthodologie de la théorisation enracinée92

4.1.1 Contexte d'émergence, fondements et interprétations.....93

4.1.2 Une perspective constructiviste.....97

4.1.3 La posture subjective du chercheur99

4.2 L'approche qualitative pour recueillir la parole des femmes 102

4.2.1 L'entretien compréhensif..... 103

4.2.2 L'abduction comme raisonnement analytique 104

4.3 La stratégie de recherche 105

4.3.1 Constitution de la population à l'étude 106

4.3.2 Les stratégies de recrutement 109

4.3.3 La procédure de cueillette de données..... 113

4.3.4 Le traitement et l'analyse des données 116

4.3.5 Les considérations éthiques 121

4.4 Résumé du chapitre..... 123

Chapitre V. Introduction aux résultats 124

5.1 Portraits des femmes rencontrées 124

5.1.1 Mères d'intention 126

5.1.2 Femmes porteuses 128

5.1.3 Donneuses d'ovules..... 131

5.1.4 Triptyque féminin..... 133

5.2 Une mise en relation en quatre mouvements..... 134

5.2.1 S'engager 135

5.2.2 Négocier..... 135

5.2.3 Mettre en pratique 135

5.2.4 Raconter 136

Chapitre VI. Des trajectoires convergentes

S'engager dans un processus d'enfantement à plusieurs.....	137
6.1 Trajectoires et motivations des mères d'intention	138
6.1.1 Points de départ de la conception non advenue.....	138
6.1.2 Un parcours qui fragilise le couple.....	145
6.1.3 Envisager puis renoncer à l'adoption	147
6.1.4 Se résigner à faire appel à une autre femme pour avoir un enfant.....	149
6.2 Trajectoires et motivations des tierces reproductrices.....	152
6.2.1 Offrir le cadeau de la maternité à une autre femme.....	153
6.2.2 Permettre à des hommes gais de devenir pères	154
6.2.3 Porter un enfant pour autrui	156
6.2.4 Transmettre ses gènes et laisser une trace.....	159
6.2.5 Transformer la tristesse d'un deuil	160
6.2.6 Obtenir un montant d'argent ou une compensation financière	162
6.2.7 Satisfaire une curiosité et vivre une nouvelle expérience	164
6.3 Des trajectoires ancrées dans des représentations de la maternité.....	165
6.3.1 Le projet parental comme pilier des maternités assistées	166
6.3.2 Le souci de « ne pas faire trop » de maternité.....	168
6.3.3 De la radicalité de la GPA génétique.....	172
6.4 Résumé du chapitre.....	174

Chapitre VII. Un processus sous influences

Négocier une entente de procréation assistée par autrui.....	176
7.1 Choisir une filière d'accès	177
7.1.1 S'impliquer au sein de la famille ou de l'entourage	178
7.1.2 Faire appel aux services d'un intermédiaire privé.....	181
7.1.3 Se tourner vers les réseaux socionumériques	186
7.2 Naviguer en eaux troubles.....	189
7.2.1 Le droit et les conseils juridiques	189
7.2.2 La médecine reproductive et les interventions cliniques	194
7.2.3 L'État et les actions publiques	200

7.3 Amorcer la négociation	202
7.3.1 Consulter ses proches	203
7.3.2 Arrimer les besoins et les attentes	206
7.4 Consentir au projet et aller de l'avant dans le processus.....	209
7.4.1 Un consentement unique ou continu ?.....	209
7.4.2 Vouloir dissoudre l'entente et mettre fin au projet.....	212
7.4.3 Conditions favorables et pratiques prometteuses	215
7.5 Résumé du chapitre.....	217

Chapitre VIII. Leur enfant, sa grossesse

Ritualiser l'enfantement pour faire face à l'incertitude	218
8.1 Avant la grossesse.....	220
8.1.1 Annoncer le succès de la fécondation.....	221
8.2 Pendant la grossesse	222
8.2.1 Faire connaissance avec l'enfant en devenir	223
8.2.2 Construire une proximité relationnelle	226
8.2.3 Lorsque le deuil périnatal ébranle le lien de confiance.....	229
8.2.4 Célébrer la maternité en gestation	232
8.3 L'accouchement.....	233
8.3.1 Donner naissance à une famille.....	234
8.3.2 Accueillir l'enfant et lui donner son premier souffle.....	236
8.4 Les premiers moments après l'accouchement.....	237
8.4.1 Créer un lien nourricier.....	238
8.4.2 Dire au revoir	240
8.5 Après la naissance	242
8.5.1 S'attacher et se détacher	243
8.5.2 Désigner la mère légale.....	245
8.5.3 Faire face à des conséquences imprévues	248
8.6 Résumé du chapitre.....	250

Chapitre IX. Un don qui tisse des liens entre elles

Extraire le gamète <i>de soi</i>, incorporer la maternité <i>en soi</i>	251
9.1 Préparer le corps	252
9.1.1 Stimuler l'ovulation.....	253
9.1.2 Mettre en suspens la sexualité du couple	256
9.1.3 Prendre soin de l'autre	257
9.2 Extraire les ovules	258
9.2.1 Faire face à la douleur.....	259
9.2.2 Un don qui abime le corps	261
9.2.3 La pression de performer	263
9.2.4 Circonscrire l'ovule à un matériau génétique.....	264
9.2.5 Céder ses droits et renoncer à son patrimoine génétique	265
9.3 Implanter l'embryon	266
9.3.1 Nourrir l'espoir.....	266
9.3.2 Se positionner face à l'autre tierce de la triade.....	268
9.3.2 Décider du sort des ovules ou des embryons non utilisés.....	268
9.4 Incorporer la maternité.....	271
9.4.1 Faire grandir l'enfant et la mère en soi	271
9.4.2 Maintenir ou rompre le lien	272
9.4.3 L'accouchement comme acte institué.....	274
9.4.4 Le premier contact entre l'enfant et sa génitrice	276
9.5 Résumé du chapitre.....	278

Chapitre X. La mise en récit des origines

Définir sa place dans l'histoire familiale	279
10.1 Concevoir les maternités assistées.....	280
10.1.1 Maternité exclusive.....	281
10.1.2 Maternités séquentielles.....	284
10.1.3 Maternité honoraire	286

10.2 Raconter le récit de conception	288
10.2.1 Un récit génésiaque	289
10.2.2 Un dévoilement progressif.....	292
10.2.3 Une contribution obliérée	293
10.3 Tisser une trame relationnelle autour de l'enfant	295
10.3.1 Liens d'apparement.....	295
10.3.2 Liens d'amitié et de parenté patentée	298
10.3.3 Liens rompus ou jamais advenus.....	300
10.4 Résumé du chapitre	302
Chapitre XI. Discussion	
La médiation procréative comme approche relationnelle	303
11.1 Fondements théoriques	303
11.1.1 Un processus découpé en séquences.....	306
11.1.3 Une approche de la proximité	307
11.1.2 Un croisement de régulations qui embrouillent le consentement.....	309
11.1.4 Une pluralité d'expériences, entre conformité et résistance.....	313
11.2 Les retombées de la recherche	319
11.2.1 Pour l'avancement des connaissances	320
11.2.2 Pour l'encadrement de la gestation pour autrui et du don d'ovules.....	322
11.2.3 Pour le développement d'une intervention novatrice	325
Conclusion	329
Résumé de l'étude	330
Les principaux constats de la thèse	331
Limites de l'étude et pistes de recherche futures	333
Aux côtés des femmes concernées	335
Intervention familiale et pratiques professionnelles.....	337
Des ententes locales à l'émergence de circuits transnationaux.....	338
Bibliographie	340

Annexes	i
Annexe 1. Annonce de recrutement.....	ii
Annexe 2. Guide de contact téléphonique	iv
Annexe 3. Certificat d’approbation éthique.....	vi
Annexe 4. Formulaire de consentement	vii
Annexe 5. Guides d’entrevue	x
A. Mères d’intention	x
B. Femmes porteuses.....	xiii
C. Donneuse d’ovules.....	xvi
Annexe 6. Grille de codification.....	xix
Annexe 7. Formulaire d’engagement à la confidentialité	xxvii
Annexe 8. Questionnaire factuel.....	xxvii

Liste des tableaux

Tableau I.	Estimation des coûts d'une GPA gestationnelle au Canada.....	48
Tableau II.	Catégorisation des profils de participantes recherchés lors du recrutement ...	112
Tableau III.	Caractéristiques sociodémographiques des femmes rencontrées	125
Tableau IV.	Répartition des mères d'intention par don d'ovules selon les filières	127
Tableau V.	Répartition des mères d'intention par GPA selon les filières	128
Tableau VI.	Répartition des femmes porteuses selon le type de GPA et les filières	130
Tableau VII.	Répartition des donneuses d'ovules selon les filières.....	132

Liste des figures

Figure 1.	Cycles de FIV pour des GPA gestationnelles au Canada entre 2001 et 2015.....	32
Figure 2.	Processus d'adoption par consentement spécial au Québec	45
Figure 3.	Maternités assistées et axes de structuration sociale	88
Figure 4.	Populations ciblées par l'étude.....	108
Figure 5.	La convergence des trajectoires des femmes concernées	137
Figure 6.	La négociation de l'entente de procréation assistée par autrui.....	177
Figure 7.	Les cinq temps de l'enfantement ritualisé par gestation pour autrui.....	218
Figure 8.	L'expérience relayée du don d'ovules	252
Figure 9.	Conceptions des maternités assistées.....	279
Figure 10.	Modèle de la médiation procréative	304

Liste des sigles

CÉRIF	Centre d'études et de recherche en intervention familiale
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSF	Conseil du statut de la femme
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRSH	Conseil de recherche en sciences humaines du Canada
DGP	Dépistage génétique préimplantatoire
DPI	Diagnostic préimplantatoire
DPJ	Direction (ou Directeur) de la protection de la jeunesse
FIV	Fécondation in vitro
GPA	Gestation pour autrui
IAD	Insémination avec donneur
IMC	Indice de masse corporelle
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LGBT	Lesbienne, gai·e, bisexuel·le, trans
LPA	Loi sur la procréation assistée
MRKH	Syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Huser
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTE	Méthodologie de la théorisation enracinée
NTR	Nouvelles technologies de la reproduction
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PMA	Procréation médicalement assistée
RCTPA	Registre canadien des techniques de procréation assistée
SCFA	Société canadienne de fertilité et d'andrologie
UQO	Université du Québec en Outaouais
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RéQEF	Réseau québécois en études féministes
SHA	Sciences humaines appliquées

Remerciements

Bien que cette thèse soit l'aboutissement d'un parcours personnel, sa rédaction s'inscrit dans une toile relationnelle bien particulière tissée au fil des années. Je profite de l'occasion pour remercier les personnes qui en font partie.

Mes premiers remerciements vont aux trente-huit femmes qui m'ont accordé leur confiance en acceptant de me partager leurs expériences situées aux marges de la maternité. Leurs témoignages m'ont accompagné tout au long du processus de recherche. J'espère que la thèse restitue de manière juste et appropriée la richesse de leur vécu, et transmet adéquatement en mots l'humanité vibrante de leurs récits personnels et familiaux.

Je remercie ma directrice de thèse Isabel Côté, professeure au département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais, d'avoir attisé ma passion pour la recherche et soutenu mes idées et mes ambitions les plus folles. Sa confiance, sa patience et sa rigueur ont été une source de motivation constante pour la réalisation de ce projet. Depuis plusieurs années, elle est pour moi une véritable mentore, me prodiguant ses conseils et me proposant des opportunités professionnelles inestimables, tout en ayant le soin de me laisser l'espace et la liberté de me réaliser à ma façon. Sa présence dans ma vie aura été marquante à plusieurs égards, et je m'estime choyé de partager une aussi belle complicité intellectuelle avec elle.

Mes remerciements vont aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer la thèse – Raphaële Noël et Sylvie Lévesque, respectivement professeures de psychologie et de sexologie à l'Université du Québec à Montréal, ainsi que Céline Bellot de l'École de travail social de l'Université de Montréal – pour leur révision attentive et leurs commentaires éclairants.

Je remercie également les évaluatrices de l'examen synthèse – Vardit Ravitsky, professeure de bioéthique à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, et Francine Descarries, professeure de sociologie de l'Université du Québec à Montréal – pour leurs remarques m'ayant permis d'approfondir mes réflexions théoriques lors de cette épreuve structurante.

J'exprime ma gratitude envers les membres de l'équipe professorale du doctorat en sciences humaines appliquées – Anne Calvès, Yves Couturier, Sylvie Fortin, Violaine Lemay et Olivier Nkulu Kabamba – pour leurs enseignements ayant nourri ma sensibilité interdisciplinaire et façonné durablement ma posture scientifique comme jeune chercheur.

Je remercie le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) pour l'octroi d'une généreuse bourse d'études supérieures Vanier, ainsi que la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal, le Programme de doctorat en sciences humaines appliquées, le Réseau québécois en études féministes (RéQEF) et le Syndicat des chargées et chargés de cours de l'Université du Québec en Outaouais pour leur soutien financier.

Je suis extrêmement redevable envers la communauté Thèsez-vous, notamment les autres thésardes et thésards de l'Espace montréalais, sans qui la rédaction de cette thèse n'aurait pu se faire et se vivre de façon aussi sereine et efficace.

Je remercie chaleureusement Marie-Christine Boulianne, Émilie Raizenne et Rachel Vincent pour la transcription des entrevues de recherche, ainsi que Patrice St-Amour pour la conception graphique des figures et Phillipe Giacomelli pour la traduction anglaise des outils de recrutement et des guides d'entrevue. Grâce à leur aide inestimable, j'ai pu ainsi dégager un temps précieux pour me consacrer à différents projets, tout en poursuivant ma recherche à un bon rythme.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance envers mes collègues du doctorat, et plus particulièrement Christine Lemaire et Rosane Dal Magro, pour leur amitié et leur présence à mes côtés tout au long de cette fabuleuse aventure académique.

Je remercie mes parents, Maryse et Jocelyn, pour leur appui inconditionnel m'ayant donné le courage d'être moi-même et de sortir des sentiers battus, ainsi que pour leur fierté sans cesse renouvelée envers mon travail de « pousseur de crayon ».

Finalement, un merci tout spécial à mon conjoint Nathan, pour son amour et son soutien indéfectible tout au long de mon parcours doctoral. En étant le Cerveau de notre belle histoire, il m'offre l'occasion d'en être le Cœur et d'aller au bout de mes rêves.

Introduction

Ce dont tu parles quand tu dis *si j'ai pas d'enfants je serai qui si j'ai pas d'enfants je serai qui*, c'est ton amour pour ces enfants qui ne sont pas (encore) venus. Tu parles comme une amoureuse égarée, en déroute [...] et cet amour est si fort déjà, cet amour est si profondément maternel qu'il agit comme une bombe sur son passage. Tu me souffles, avec ton courage et ta persévérance, mais tu me souffles surtout avec ton amour.
(Il n'est pas venu, p. 72-73)

Fanny Britt (2013). *Les tranchées : maternité, ambiguïtés et féminisme, en fragments*. Montréal : Ateliers 10.

Sous la plume de l'essayiste et romancière Fanny Britt, ce fragment de maternité évoque le désir d'enfant dont la concrétisation se défile au fil des mois et des années, ainsi que la tristesse qui se mélange au deuil de la conception non advenue. Il relate aussi, et surtout, l'amour d'une femme, une amie et mère en devenir, qui caresse le souhait de fonder une famille. L'infertilité s'érige toutefois en obstacle, mettant en échec le corps et réduisant les possibles. Loin d'être une aspiration uniforme, le désir d'enfant peut signifier plusieurs choses : devenir mère et vivre l'expérience de la grossesse, consolider ou restaurer l'harmonie conjugale, aimer un petit être qui nous aimera tout autant en retour, poursuivre la lignée familiale, transmettre ses valeurs et ses idéaux, accéder à un sentiment de plénitude ou encore, se conformer aux standards sociaux (Mathieu, 2017; Yonnet, 2010).

Cette mosaïque de motifs fait écho à l'individuation contemporaine des parcours de vie (Beaujot, 2004; Charton, 2005; Châteauneuf, 2012), laquelle procure à la fois une liberté accrue et de multiples voies de réalisation de soi, mais confère aussi une pression supplémentaire d'y parvenir sous peine d'être marquée par le sceau de la différence (Letherby, 2002). Pour certaines, le *désir* d'enfant se transforme alors en *devoir* (Tain, 2009). « Dans le mot *nullipare*, il y a le mot *nulle* », souligne d'ailleurs la protagoniste du récit mis en exergue, exprimant son désarroi face à une maternité qui se dérobe, et dont le poids de l'absence pèse paradoxalement lourd sur ses épaules. Le scénario de ce fragment, aussi romancé soit-il, est néanmoins une

histoire bien réelle vécue par un couple sur six au Canada (Busknik, Cook, Yuzpe, Tough et Collins, 2012). Malgré le tabou qui l’entoure encore de nos jours, l’infertilité touche un nombre croissant de personnes, le taux estimé au sein de la population ayant presque triplé au cours des trois dernières décennies. La plupart se tournent vers l’adoption ou la procréation médicalement assistée (PMA) pour pallier cet écueil et parvenir à construire leur projet familial (Châteauneuf, 2011a). De cette frange de la population, une petite partie seulement se résout à solliciter l’aide d’une personne tierce pour qu’elle contribue au processus d’enfantement (Daniluk et Koert, 2012; Schamps et Sosson, 2013).

Lorsque l’actualisation du désir d’enfant déroge à la norme procréative – comme c’est le cas des couples infertiles qui ont recours à la gestation pour autrui (GPA) ou au don d’ovules – il est soudainement assimilé à un « *droit à l’enfant* », sujet à caution ou remis en question, voire carrément avili et dévalorisé (Iacub, 2004; Riggs, Bartholomaeus et Due, 2016). Les femmes infertiles qui sollicitent l’aide d’une autre pour devenir mères, ainsi que ces femmes qui acceptent de porter un enfant pour autrui ou de donner leurs ovules, sont ainsi confrontées à l’opprobre social (van den Akker, 2006), les reléguant aux marges de la maternité.

Le fait de porter un enfant destiné à être élevé par d’autres est pourtant une pratique ancienne (Godelier, 2010; Héritier, 1985). Déjà en 1750 avant notre ère, le Code de Hammourabi – l’un des plus anciens recueils de lois écrites de la Mésopotamie antique découvert à ce jour par les archéologues – fait mention de quatre articles consacrés spécifiquement à l’infertilité féminine, et cinq traitent des naissances qui résultent d’un arrangement reproductif avec une tierce personne (Brinsden, 2016; Hostiuc et al., 2016). De même, plusieurs mythes ancestraux relatés dans les textes sacrés évoquent la pratique de GPA, dont l’histoire de Saraï et de sa domestique Agar dans l’Ancien Testament¹ (Lones, 2016), ainsi

¹ La Genèse (16) de l’Ancien testament raconte l’histoire de Saraï, la femme d’Abraham, qui n’a toujours pas donné naissance à un enfant. Étant donné sa stérilité, elle propose alors à son mari d’avoir une relation sexuelle avec Agar, leur servante égyptienne, pour qu’elle lui engendre un héritier. De cette union charnelle entre l’homme de 86 ans et son esclave naîtra Ismaël, le premier fils. Après la naissance, la relation entre les deux femmes s’envenime – Saraï abuse d’Agar, sous prétexte que cette dernière la méprise – à un point tel que la servante s’enfuit dans le désert avec Ismaël. Ce récit génésiaque est souvent évoqué par les détracteurs de la GPA pour illustrer l’exploitation et les abus de pouvoir engendrés par cette pratique.

que celle de Devaki et de Rohini dans le *Bhagavata Purana*² de la mythologie hindoue (Guha Niyogi, 2016). *A contrario*, le don d'ovules est une pratique récente, son apparition allant de pair avec l'avènement de la fécondation in vitro (FIV). De fait, la première grossesse par don d'ovules a eu lieu en 1983 en Australie (Sauer et Kavic, 2006), soit près d'un siècle après le premier cas rapporté de don de sperme en 1894 (Englert et al., 2004). Rendu possible grâce aux innovations de la médecine reproductive (Gagné, 2018), l'enfantement à plusieurs rend encore plus saillante la dissociation des fonctions maternelles, puisque trois femmes peuvent alors concourir à la mise au monde d'un enfant (Déchaux, 2014). La concrétisation du projet parental n'est alors plus confinée à l'intimité du couple, mais implique la présence de plusieurs actrices et acteurs engagés dans un processus commun.

Les ambiguïtés entre le *droit*, le *devoir* ou le *désir* d'enfant et les tensions qu'elles provoquent portent néanmoins ombrage à une dimension jusqu'alors peu explorée des maternités assistées par autrui, soit la mise en relation entre les femmes directement concernées. Dans un contexte où leur parole est peu entendue, une prise en compte de leurs points de vue s'avère primordiale afin de mieux comprendre leur positionnement face à la maternité, mais aussi à propos de la régulation de la famille, des dispositifs de procréation assistée et des normes de genre. En allant à la rencontre de trente-huit mères d'intention, femmes porteuses et donneuses d'ovules dans le cadre d'une recherche qualitative, j'ai ainsi voulu créer un dialogue sur un sujet qui soulève certes les passions, mais qui demeure néanmoins un phénomène infiniment relationnel dont la teneur demeure incomprise, ou trop souvent captée de façon désincarnée.

² Ce mythe ancestral relate l'histoire de Devaki et de Rohini, les deux femmes de Vasudeva, menant à la naissance de Balarama, le frère aîné du dieu Krishna. Peu de temps après le mariage de Rohini et de Vasudeva, une voix divine prédit le trépas de Kansa, le vilain frère de Devaki, des mains du huitième fils du couple (Krishna). Voulant échapper à la prophétie funèbre, Kansa emprisonna les nouveaux mariés, puis tua un à un les enfants du couple dès leur naissance. À la septième grossesse, l'enfant à naître fut transféré miraculeusement du ventre de Rohini dans l'utérus de Devaki, qui accoucha ainsi de Balarama. Ce dernier devint un valeureux guerrier qui combattit aux côtés de son frère lors d'un affrontement légendaire menant au trépas de Kansa. Certains groupes d'intérêt feraient référence à cette légende pour contribuer à l'acceptabilité sociale de la GPA en Inde (Guha Niyogi, 2016), pays considéré jusqu'à tout récemment comme l'une des destinations de prédilection pour la GPA transnationale (Pande, 2014; Ruddrappa, 2015).

La structure de la thèse

La présente thèse est constituée de onze chapitres et d'une conclusion. Le **chapitre 1** est consacré à la problématique. J'y retrace les débats qui traversent les mouvances féministes, de même que les tensions sociales que provoque la fragmentation de la maternité introduite par les techniques de reproduction assistée. Je le termine en campant ma question et mes objectifs de recherche, précisant au passage certains choix terminologiques. Le **chapitre 2** pose les bases du phénomène à l'étude dans le but d'en produire une compréhension globale. Je situe d'abord les éléments constitutifs que sont l'infertilité féminine, la gestation pour autrui et le don d'ovules. Je trace ensuite les contours de leur encadrement normatif au Québec et au Canada, profitant de l'occasion pour décliner les trois filières d'accès à la procréation assistée par autrui. Je termine le chapitre par une synthèse des expériences des femmes concernées, focalisant mon attention sur leurs stratégies d'appropriation ou de mise à distance de la maternité.

Les deux chapitres suivants présentent respectivement les cadres développés pour articuler la démarche de recherche. Le **chapitre 3** concerne le cadre conceptuel que j'ai bâti pour nourrir mes analyses et mes réflexions théoriques. Ce cadre prend la forme d'un arrimage interdisciplinaire me permettant de circonscrire le déploiement des représentations maternelles en trois composantes (intention, génétique et gestation) selon une approche relationnelle de l'enfantement, en plus d'en identifier les axes de structuration sociale. Au **chapitre 4**, j'expose le cadre méthodologique de l'étude basé sur la méthodologie de la théorisation enracinée constructiviste, ainsi que l'entretien compréhensif comme approche de recherche qualitative. Je décris enfin la stratégie de recherche déployée pour la collecte et l'analyse des données.

La section des résultats se décline en six chapitres distincts (5 à 10). Le **chapitre 5** se veut introductif et recèle un double objectif, soit brosser un portrait global des participantes à l'étude sur le plan sociodémographique, et présenter les jalons principaux du modèle théorique que j'ai élaborée à partir des données qualitatives recueillies : la « médiation procréative » comme approche relationnelle et pragmatique des maternités assistées à l'aide de tierces. Cette approche rend saillante la mise en relation entre les femmes concernées tout au long du processus d'enfantement, lequel peut être découpé en quatre séquences distinctes.

La première séquence décrite au **chapitre 6** correspond à la convergence des trajectoires des femmes vers le projet parental par gestation pour autrui ou par don d'ovules. Outre leurs motivations à demander l'aide d'une autre femme pour fonder une famille ou à participer au projet parental d'autrui, j'identifie les représentations de la maternité et le rationnel qui sous-tendent leur position dans la triade d'enfantement. Dans le **chapitre 7**, je me penche sur l'étape de la négociation de l'entente entre les personnes impliquées. L'analyse de cette séquence est révélatrice des facteurs d'influence qui parsème le processus; les femmes naviguent à travers un dédale de cadres normatifs où s'entremêlent le droit, la praxis médicale d'aide à la procréation et l'action publique de l'État. La notion de consentement est alors au cœur de leur expérience, laquelle est mise à l'épreuve notamment par le flou juridique actuel au Québec. Dans ces deux chapitres, les voix des trois groupes de femmes rencontrées – mères d'intention, femmes porteuses et donneuses d'ovules – sont mises en dialogue pour en tisser un récit collectif.

Les deux chapitres suivants portent sur la mise en pratique de la GPA et du don d'ovules. Cette séquence est divisée en deux volets, selon l'expérience dyadique d'enfantement correspondante. Dans le **chapitre 8**, j'examine les rituels déployés pendant la grossesse et lors de l'accouchement par les mères d'intention et les femmes porteuses dans le but de définir les frontières de leur relation, consolider leur confiance mutuelle et faire face à l'incertitude. Le **chapitre 9** propose quant à lui les récits du don de gamètes, à travers l'expérience des donneuses qui offrent leurs ovules et celle des femmes qui les reçoivent pour accéder à la maternité et l'incarner dans leur chair. Pour le **chapitre 10**, je réunis à nouveau les trois groupes de femmes pour discuter de la question des origines dans le récit familial de l'enfant, les stratégies de dévoilement ou de dissimulation des circonstances de sa conception, ainsi que les motifs qui sous-tendent chaque décision.

J'enchaîne au **chapitre 11** par une discussion des résultats. Par un retour sur les objectifs de la recherche, je pose les fondements de la médiation procréative comme approche relationnelle permettant de capter la construction du rapport à la maternité chez les femmes concernées. Je réfléchis aux applications possibles de l'étude sur le plan de l'intervention et des politiques sociales, de même qu'au niveau de la régulation des pratiques à l'échelle nationale. En **conclusion**, je souligne les constats principaux de la thèse et en identifie les limites, et profite de l'occasion pour suggérer quelques pistes de recherches futures.

Chapitre I. Problématique

Techniques de reproduction assistée et fragmentation de la maternité

Depuis l'avènement de la fécondation in vitro (FIV) aux tournants des années 1980, la maternité jusqu'alors considérée unifiée et indivisible se fragmente, provoquant l'émergence de représentations plurielles : la mère *intentionnelle* qui formule le projet parental de départ et prend soin du nouveau-né après sa naissance, la mère *génétique* qui fournit l'ovule et les gènes et, enfin, la mère *gestationnelle* qui porte et accouche de l'enfant (Cadoret, 2010; Johnson, 2017a). « Pour la première fois dans l'histoire, nous rappelle le sociologue Jean-Hugues Déchaux (2014, pp. 318-319), il est possible de faire de la maternité une œuvre collective qui suppose le concours de plusieurs femmes qui, chacune, apportent un élément spécifique et indispensable au processus psychobiologique d'enfantement ».

Les techniques de reproduction assistée³ remettraient en question la « fusion archaïque entre la mère et l'enfant » comme base de toute relation humaine (Neyrand, 2004, p. 36), brouillant au passage les repères biologiques comme fondements de la filiation maternelle (Bureau et Guilhermont, 2011; Gallus, 2013). Prises dans leur ensemble, ces techniques regroupent des pratiques variées⁴ qui permettent la procréation sans le recours à un rapport sexuel entre un homme et une femme. Comparées entre elles, ces pratiques diffèrent toutefois en termes de sophistication technologique et de niveau d'intervention médicale (Scala, 2014); une insémination avec le sperme d'un donneur représente par exemple une intervention simple,

³ Depuis plus de trente ans, les écrits scientifiques font référence aux « nouvelles technologies de la reproduction » (NTR). Sans nier leur apparition et leur diffusion récentes dans l'histoire des sociétés contemporaines, je retiens dans la présente thèse le terme « techniques de reproduction assistée » proposé entre autres par Courduriès et Herbrand (2014) pour référer plus spécifiquement aux pratiques menant à la concrétisation de projets parentaux à l'aide des gamètes ou des capacités gestationnelles de femmes impliquées à titre de tierces reproductrices.

⁴ Les techniques de reproduction assistées recourent un ensemble de dispositifs technologiques et de pratiques (Yvert, 2016) : l'insémination artificielle (avec ou sans don de sperme), l'insémination avec donneur (IAD) – qu'elle se produise en clinique de fertilité ou de façon « artisanale » à la maison – la ponction ovarienne, la fécondation in vitro avec ou sans don de gamètes (sperme ou ovule), la gestation pour autrui, la congélation et le transfert d'embryon, ainsi que la greffe d'utérus.

accessible et peu coûteuse, comparativement à l'implantation d'un embryon dans l'utérus d'une femme à l'aide de procédures invasives qui requièrent des ressources considérables. Deux de ces pratiques sollicitent directement l'apport de femmes dans le processus d'enfantement et impliquent une mise en relation de leur trajectoire : la GPA et le don d'ovules.

Bien que les différentes facettes de la maternité coïncident et s'incarnent en une seule et même femme dans la vaste majorité des cas, la GPA et le don d'ovules viennent bouleverser cette vision unifiée de « la » mère, en créant jusqu'à trois visages associés à la maternité : la mère d'intention, la femme porteuse et la donneuse d'ovules. « L'enfant sera dès lors bercé par trois figures féminines, écrit Dominique Mehl (2011, p. 115) : celle qui porte, celle qui donne sa substance, celle qui élève ». Chacune de ses figures implique un rapport différencié à la maternité, dont le processus de construction demeure néanmoins méconnu et peu documenté. Selon l'anthropologue norvégienne Marit Melhuss (2009), la fragmentation de la maternité introduite par ces deux pratiques se trouve au cœur de la controverse actuelle en matière de procréation assistée par autrui, étant donné son caractère récent, la visibilité accrue du phénomène et l'anxiété sociétale qu'elle provoque. Les réserves exprimées à ce sujet par le professeur de droit Xavier Dijon (2013, p. 80) en sont un exemple :

Les dissociations que les auteurs recensent entre les trois mères - génitrice, gestatrice, d'intention [...] posent une question anthropologique grave puisque ces disjonctions partagent entre plusieurs êtres des réalités qui devraient rester unifiées dans une seule et même personne. Pluriparenté, pluriparentalité, pluricorporéité menacent l'unification de la personne humaine.

L'essor des technologies de la reproduction s'inscrit dans une « arène procréative » où la maternité n'est plus confinée à la sphère privée, mais se déplace dans la sphère publique, l'espace hospitalier se substituant à l'intimité du couple pour la négociation du projet parental (Malmanche, 2018a; Tain, 2004). Le pouvoir médical, les contraintes du milieu social et les considérations légales façonnent aujourd'hui les contours de *maternités assistées*. Ces dernières marquent, pour la sociologue Laurence Tain (2004, p. 171), une nouvelle étape dans l'expérience de la parentalité : « Les héritages ne disparaissent certes pas, écrit-elle, mais de nouvelles représentations et pratiques se superposent aux anciennes, ancrant certaines ruptures dans le prolongement des conquêtes pour le droit à l'avortement et à la contraception ». De fait,

les luttes pour une « sexualité sans procréation » ont ouvert la voie à une « procréation sans sexualité » qui a bénéficié directement à l'essor des techniques reproductives (Collard et Zonabend, 2013). La dissociation entre sexualité et reproduction s'est alors ancrée dans les procédures médicales, où les biologistes orchestrent désormais la rencontre des gamètes (Hosteau, 2013). Quel que soit le scénario procréatif associé aux maternités assistées, l'infertilité féminine en est le dénominateur commun. La sociologue française Dominique Mehl (2011, p. 63) en souligne justement les enjeux :

Les querelles portant sur la nomination de cet enfantement par procuration symbolisent à elles seules les intenses conflits médicaux, humains, idéologiques qui scandent l'histoire de ce mode procréatif. Y a-t-il du maternel dans ce scénario où la femme enceinte n'accueillera pas et n'élèvera pas le bébé? Peut-on séparer la gestation de tout le processus d'enfantement qui débute dès la fusion entre un ovule et un spermatozoïde et se conclut par le premier cri du nouveau-né dans la salle de naissance? L'engendrement est-il fragmentable?

Ce chapitre campe la problématique à l'origine de la présente thèse. Il vise à situer les éléments qui participent à l'émergence de préoccupations sociales et scientifiques entourant la fragmentation de la maternité introduite par la GPA et le don d'ovules. Pour ce faire, je retrace d'abord les éléments de dissensions qui mettent en débat les mouvances féministes, les discours sociaux et les acteurs publics. Ce débat sociétal, qui oppose deux visions polarisées et au sein duquel la voix des femmes concernées est peu entendue, justifie le besoin de documenter leurs expériences sur le plan scientifique. Dans la deuxième partie du chapitre, j'expose ma question et mes objectifs de recherche, et apporte des précisions sur mes choix terminologiques.

1.1 Un débat social et théorique polarisé

Si la question de la maîtrise de la procréation avait été à l'époque au cœur des luttes féministes pour le droit à la contraception et à l'avortement (Descarries, 2005), « la revalorisation de la nature féminine – dans sa dimension physique – peu de temps après sa récusation collective annonce un tournant », selon Dominique Memmi (2014, p. 192). L'enjeu n'est bientôt plus de parvenir à *contrecarrer la maternité*, mais *de la faire advenir envers et contre tout* – grâce aux procréations assistées », ajoute la sociologue. C'est précisément le « faire famille » et l'accès à la maternité à l'aide de tierces reproductrices qui pose débat à

l'heure actuelle. Véritable choc de valeurs et d'idéologies, ce débat prend place simultanément dans les groupes féministes, l'espace public et les réseaux universitaires, relayant dans ces milieux des arguments en faveur ou en défaveur. Comme le remarquent Côté, Lavoie et Courduriès (2018), on observe actuellement une polarisation des positions qui rend difficile le dialogue.

1.1.1 Une mise en débat des mouvances féministes

Faisant écho aux « deux pôles d'interrogation » du discours féministe sur la maternité (Descarries et Corbeil, 1991, p. 349), avec d'un côté la maternité comme lieu d'aliénation des femmes et de l'autre comme source de leur pouvoir singulier, les discussions à propos de l'accès à la maternité à l'aide des technologies de la reproduction font l'objet à l'heure actuelle de débats soutenus dans les milieux féministes, en reproduisant une dissension similaire (Jouan, 2017; Parks, 2016; Roman, 2012; Stuvøy, 2018; Thébaud, 2001). Tour à tour, les valeurs de dignité de la personne, de protection, de justice sociale et d'autonomie reproductive sont mobilisées par les représentantes et représentants de chaque pôle, mais interprétées et argumentées de façon diamétralement différente. Peu importe la position des acteurs et des actrices sur le sujet, Kroløkke, Foss et Sandoval (2010, p. 111) estiment pour leur part que la maternité demeure aujourd'hui un sujet épineux, et que le pouvoir décisionnel des femmes en matière de procréation est toujours un motif de controverses :

What remains uncontested is that motherhood is always under scrutiny; there probably is no cultural construction approached with as much concern and criticism, commentary and critique as motherhood. As reproductive technologies continue to develop, we can only expect such scrutiny to increase, placing women once again at the heart of social controversies of choice.

Plusieurs voix s'élèvent pour dénoncer les dérives potentielles des techniques de reproduction assistée⁵. La « mise à disposition », « l'effacement » et la « négation » du corps de

⁵ À titre d'exemple, la campagne #StopSurrogacyNow qui circule présentement sur les médias sociaux réunit « a worldwide, ethnically, religiously, and culturally diverse group opposed to the exploitation of women and the human trafficking of children through surrogacy ». Plusieurs organisations (*think tank*) farouchement opposées à la GPA telles que le Center for Bioethics and Culture Network basé aux États-Unis participent activement à sa diffusion.

la femme enceinte dans le cas de la GPA semblent focaliser la majorité des critiques (de Koninck, 2015, 2018; Dolto, 2014; Fabre-Magnan, 2013; Löwy, 2006; Martin, 2011; Segalen, 2017; Vandelac, 1987), certaines autrices n'hésitant pas à comparer la GPA au travail du sexe et à la prostitution (Ekman, 2013; Patrone, 2018). Le point de vue partagé par le gynécologue français René Frydman, dans un ouvrage argumentatif à deux voix qui l'oppose à la philosophe Monique Canto-Sperber, illustre bien une certaine conception de la GPA comme pratique déshumanisante (Canto-Sperber et Frydman, 2009, p. 153) :

La chose est évidente dans la gestation pour autrui, puisqu'il s'agit de louer l'utérus d'une femme, de prendre en quelque sorte possession de neuf mois de sa vie, de ses sensations, de ses émotions, de susciter chez elle un inconfort, voire souffrances, comme si elle n'était qu'une simple couveuse.

Dans les pays où la GPA est une pratique commercialisée, elle est souvent conceptualisée comme une forme de travail, voire de labeur (Jacobson, 2016; Pande, 2014). Cette façon de désigner le phénomène attire des critiques virulentes de la part des détractrices et des détracteurs qui dénoncent la marchandisation du corps des femmes et la « location d'utérus » (Frydman et Lyon-Caen, 2010), ou encore assimilent la GPA à une forme contemporaine d'esclavage (Agacinski, 2009). Pour plusieurs féministes, cette pratique se situe à l'intersection du patriarcat et des technologies de la reproduction comme vecteurs d'oppression des femmes. La sociologue Barbara Katz Rothman (2000, p. 6) parle d'ailleurs d'une prolétarianisation de la maternité : « *As babies and children become products, mothers become producters, pregnant woman the unskilled workers on a reproductive assembly line* ».

Propulsée par la bioéconomie et la mondialisation des échanges, l'émergence d'un commerce de gamètes et de « ventres à louer » au Mexique, en Inde et en Ukraine par exemple fait l'objet de nombreuses critiques (Del Savio et Cavaliere, 2016; Lafontaine, 2014; Rainhorn et El Boudamoussi, 2015; Schurr, 2017). Les inégalités socioéconomiques entre les parents dits « commanditaires » d'Amérique du Nord et de l'Europe de l'Ouest et les tierces reproductrices originaires des pays émergents seraient ainsi le reflet de ce marché mondial en expansion (Pfeffer, 2011; Winddance Twine, 2015). La chosification du fœtus et de l'enfant ainsi né, identifiés comme des « produits » qu'on peut programmer, commander et se procurer à bas prix,

serait une conséquence directe de cette dérèglementation à l'échelle internationale (Bratcher Goodwin, 2010; Cheney, 2018).

Pour certaines, la prémisse féministe combinant la propriété privée et l'agentivité individuelle – « mon corps, mon choix » – pour justifier les motivations des femmes porteuses et de donneuses d'ovules à participer au projet parental d'autrui porterait ombrage aux forces délétères de l'individualisme néolibéral qui fragilisent les conditions de vie de toutes les femmes (Berkhout, 2008; Gupta et Richters, 2008; Marway, 2012; Phillips, 2013). Enfin, la médicalisation du processus de procréation assistée, les répercussions méconnues, mais potentiellement nocives des traitements sur la santé des femmes et l'emprise du pouvoir médical – constitué majoritairement d'hommes – est une autre dimension faisant l'objet de critiques (de Koninck, 2015).

Pour d'autres qui conçoivent la GPA et le don d'ovules comme des pratiques légitimes, les techniques de reproduction assistée recèleraient un potentiel permettant l'émancipation des femmes ou, du moins, une appropriation de leur corps et de leurs choix reproductifs qui correspond à leur volonté personnelle (Busby et Vun, 2010; Iacub, 2004; Teman, 2010). Selon la professeure de sociologie Charis Thompson (2005, p. 70), les féministes de la nouvelle génération ou de la « troisième vague » seraient plus ouvertes que leurs prédécesseuses à l'égard des technologies de la reproduction et de leur usage par les femmes :

They granted the technologies a much less monolithic, oppositional, and inhuman role and a much more mediating and active role than their predecessors had. They saw in the development of reproductive technologies the potential to articulate new ways of embodying reproduction, some of which would disrupt conventional families and gender stereotypes, and they refused to read ARTs as simply signing and sealing preexisting oppressive social orders.

Selon Jouan (2017) et Lewis (2017), les prises de position qui condamnent unilatéralement les pratiques de la GPA sont infantilisantes et paternalistes; elles auraient comme conséquence d'inhiber l'appropriation du pouvoir d'agir des femmes en tant que sujets politiques et seraient ainsi contraires aux idéaux défendus par les mouvements féministes. La professeure de droit Angela Campbell (2013) considère quant à elle que les décisions concernant l'organisation de leurs vies familiales et intimes des principales concernées, de même que leurs

choix en matière de santé reproductive, sont éclairées et réfléchies, et non pas le résultat de gestes imprudents motivés uniquement par leurs émotions ou causés par une aliénation. Affirmer le contraire ferait en sorte de nier leurs regards singuliers sur le phénomène, en plus de perpétuer des rapports de pouvoir inégalitaires qui briment l'autonomie reproductive des femmes (Gruben et Cameron, 2014). La GPA et le don d'ovules ne seraient donc pas en soi une atteinte à la dignité humaine, estiment Lavoie et Côté (2018a), puisque c'est plutôt l'absence d'encadrement législatif qui fragiliserait le parcours des femmes et des hommes impliqués dans un tel processus.

Comme le souligne la juriste Marcela Iacub (2004), les techniques de reproduction assistée participeraient à la déconstruction du caractère essentialiste accolé à la maternité par le ventre comme manifestation de la nature, campant la grossesse et l'accouchement comme des actes performés. L'assignation des femmes au rôle de mère serait ainsi battue en brèche par la GPA, grâce à la distinction entre leurs capacités reproductives et le désir parental. En ce sens, après la naissance, la femme porteuse n'abandonne pas l'enfant qu'elle a porté pendant neuf mois, mais le *remet* à ses parents. Cette remise en question du lien mère-enfant provoque l'ire des opposants, puisqu'elle bouleverse des convictions jusqu'alors considérées universelles et profondément ancrées dans la société. Selon Dominique Memmi (2014, p. 265), c'est précisément la redéfinition des normes associées à la maternité qui provoque une levée de boucliers chez les groupes réactionnaires :

La crainte de l'anomie, du délitement du lien, de l'autonomie excessive des individus à l'égard des normes sociales – accompagnée d'une rêverie mélancolique sur le passé, l'origine, la nature et le corps qui ne mentirait pas – constitue un topo assez récurrent des élites réformatrices.

Enfin, d'autres autrices féministes telle Jennifer Merchant (2012) proposent un encadrement « éthique » de la GPA et du don d'ovules afin d'amoindrir les risques de dérives. Trois principes guident leurs réflexions. D'abord, le respect de la femme porteuse : elle doit être reconnue comme une actrice à part entière tout au long du processus, avec ses droits et son autonomie inaliénables, afin d'assurer son bien-être et valoriser son pouvoir d'agir. Ensuite, l'intérêt de l'enfant : la question des origines doit être intégrée au récit familial, afin d'éviter le secret entourant les circonstances de la conception de l'enfant et de sa venue au monde. Enfin,

les conditions matérielles dans lesquelles s'exerce la GPA ne doivent pas constituer un fardeau pour les femmes porteuses, ni contribuer à accentuer des inégalités socioéconomiques.

1.1.2 Le discours public comme révélateur de tensions sociales

Le débat entourant la GPA et le don d'ovules s'anime et gagne en intensité de façon cyclique, selon les événements qui ponctuent l'actualité et les propositions politiques de l'heure (Paterson, Scala et Sokolon, 2014). Commissions parlementaires, procès, annonces médiatiques de personnalités artistiques, consultations publiques, documentaires et reportages journalistiques sont autant d'occasions pour aviver les discussions et remettre la procréation assistée à l'avant-scène (Forget, 2012; Mennesson et Mennesson, 2010; Tatu, 2017). Le fameux cas de « Bébé M »⁶, de même que le procès opposant le couple Calvert contre Anna Johnson en Californie⁷, ont marqué les esprits et teinté durablement les discussions aux États-Unis, mais aussi ailleurs dans le monde (Dillaway, 2008; Maule et Schmid, 2006).

⁶ Le cas de « Bébé M » a opposé devant les tribunaux dans les années 1980 le couple William et Elizabeth Stern à Mary Beth Whitehead, la femme ayant accepté de porter leur enfant dans le cadre d'une entente de GPA génétique, c'est-à-dire une grossesse issue de la fécondation par insémination avec le sperme du père biologique et l'ovule de la femme porteuse. Après l'accouchement, cette dernière a refusé de remettre le nouveau-né au couple, malgré l'entente signée entre les parties. Ce désaccord a provoqué une suite de procès très médiatisés, mettant en lumière les enjeux entourant l'établissement de la filiation en contexte de procréation assistée par autrui. Au final, la fillette a été confiée à son père, avec des droits de visite pour Mary Beth Whitehead. À sa majorité, Melissa Stern a mis fin à ces visites et a été adoptée par Elizabeth Stern, sa mère d'intention.

⁷ Dans cette cause opposant le couple Mark et Crispina Calvert à la femme porteuse Anna Johnson, l'enjeu de la remise de l'enfant était encore une fois au cœur du litige. Dans cette situation, la femme porteuse portait un embryon conçu à partir des gamètes des parents d'intention. Elle avait accepté de leur remettre le nouveau-né en échange de 10 000\$US répartis de façon mensuelle pendant la grossesse. À un certain point, elle leur a exigé le paiement complet du reste de la somme, sous menace de garder l'enfant. Le juge a toutefois tranché en faveur du couple Calvert, estimant que la filiation devait être établie en vertu du projet parental de départ, et non de l'accouchement. L'intentionnalité devenait ainsi en Californie le facteur décisif pour désigner les parents d'un enfant conçu par GPA. La dimension raciale mérite ici d'être relevée, considérant l'insistance des médias de rappeler qu'Anna Johnson, une Afro-Américaine, avait donné naissance à un enfant perçu comme blanc (d'un père blanc et d'une mère philippine). Selon Merino (2010, p. 39) : « *This ethnic disparity likely played a role in the public perception of the case, as it was a visual indicator of the nonbiological relationship between Johnson and the infant* ».

Plus récemment, l'accès à la maternité de femmes ménopausées grâce au don d'ovules fait les machettes (Campbell, 2011), plusieurs s'interrogeant sur les enjeux éthiques soulevés par la dénaturalisation des limites de la fertilité liées au vieillissement ovarien (Bühler, 2014). Les discours qui circulent à propos de la procréation assistée à l'aide de tierces mettent alors en lumière les enjeux de pouvoir et le positionnement des actrices et des acteurs à l'égard de la régulation sociale de la famille (Markens, 2011). Comme le remarque Faith Merino (2010, p. 3), l'unité familiale n'est plus seulement une affaire privée, mais fait désormais l'objet d'une attention particulière dans la sphère publique :

Few elements of human life are so protected and difficult to govern politically as the family unit. This is due, in part, to the prevailing belief that human life is bifurcated into two separate domains: public life (work) and private life (family). Historically, the two have been maintained as distinct areas of human existence that do not (or should not) overlap. But with increasingly rapid developments in reproductive technology, the family unit is being thrust into the public eye as politicians, the legal system, the media, and the scientific and religious communities are asked to determine what constitutes a family.

Plus près de nous, la mise en place du programme de procréation assistée par le gouvernement québécois en 2010, puis sa refonte cinq ans plus tard sont deux événements ayant avivé le débat. L'accès aux services d'aide à la procréation, ses visées de santé publique, mais aussi les inégalités sociales que le programme engendre selon les critères d'admissibilité établis pour la couverture de santé et ses remboursements sont au nombre des préoccupations évoquées par les groupes d'intérêt. La consultation publique ayant précédé l'adoption puis l'entrée en vigueur en 2015 de 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* (gouvernement du Québec, 2015) a été l'occasion de constater la pluralité de leurs positions au regard des mémoires soumis, des lettres d'opinion et des articles publiés dans les journaux.

« Le débat sur les mères porteuses ressurgit : un vide juridique est dénoncé lors de la consultation publique sur la procréation assistée », pouvait-on lire à la une du journal *Le Devoir* il y a cinq ans (Daoust-Boisvert, 2013). Au même moment, une journaliste de *La Presse* se questionnait à propos des répercussions juridiques et sociales de la GPA, notamment le retour d'une forme de bâtardise accolée à la filiation des enfants ainsi nés et dont la filiation demeure source de litige (Leduc, 2013). Au printemps 2014, l'annonce du projet parental par GPA d'un

artiste québécois a déchaîné les passions sur la place publique, cette fois-ci en conjuguant les idées reçues à propos du « phénomène des mères porteuses » et l'homoparentalité masculine (Pidduck, 2018). Le discours d'un certain « droit à l'enfant » fait surface, notamment pour disqualifier les désirs parentaux des uns, les comparer entre eux et les hiérarchiser. La journaliste Judith Lussier (2014) en retrace d'ailleurs les principaux arguments dans un court essai intitulé *L'aide à la procréation au Québec*. Plus récemment, le projet de loi privé déposé à la Chambre des communes au printemps 2018 par le député libéral Anthony Housefather a enflammé l'opinion publique. En proposant entre autres de lever l'interdit concernant la rémunération des femmes porteuses et des donneuses d'ovules établie au Canada depuis 2004, le député fédéral a réanimé le débat sur la régulation des pratiques de procréation assistée, ainsi que sur la marchandisation et l'indisponibilité du corps des femmes. Ce projet de loi survient quelques mois après que Santé Canada (2018) ait mené une consultation publique pour le renforcement de la loi canadienne sur la procréation assistée.

1.1.3 Un appel pour une régulation adaptée aux réalités familiales actuelles

Le débat qui entoure la GPA et le don d'ovules au Québec indique qu'il s'agit d'un sujet polémique. La question de la régulation de ces pratiques est prégnante, comme en témoigne la parution au cours de la dernière décennie de quatre volumineux rapports consacrés exclusivement ou en partie à cette question : 1) l'avis de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie publié en 2009 sur la procréation assistée, dont le don de gamètes et la gestation pour autrui; 2) l'avis sur les activités de procréation assistée élaboré par le Commissaire à la santé et au bien-être (2014), qui se penche sur l'organisation des services d'aide à la procréation et la pertinence de mettre la GPA à l'ordre du jour; 3) le rapport du Comité consultatif sur le droit de la famille (2015), qui formule différentes recommandations pour adapter le Code civil aux nouvelles réalités conjugales et familiales, dont les régimes de filiation et l'encadrement de la gestation pour autrui et 4) l'avis du Conseil du statut de la femme (2016) intitulé *Mères porteuses : réflexions sur des enjeux actuels*, qui propose une recension des écrits sur le sujet, en plus de partager plusieurs recommandations pour un encadrement féministe de la pratique.

Au-delà des enjeux stratégiques, ces luttes révèlent des affrontements autour de la définition même de la maternité (Iacub, 2004). Quel que soit l'angle d'analyse des actrices et acteurs publics sur la question, un constat s'impose au regard de leurs prises de position et de l'état actuel des connaissances : le besoin de documenter de manière empirique les expériences des personnes concernées, particulièrement les femmes, afin de pouvoir réguler adéquatement la GPA et le don d'ovules au Québec. Cet appel est d'ailleurs repris par un collectif de chercheuses qui posent un regard critique sur les politiques et les pratiques de procréation assistée par autrui, et plus particulièrement la gestation pour autrui, dans un ouvrage récent : « *Although many important scholars remain opposed to the practice, if the use of surrogates is here to stay in Canada, we need both new ways to understand surrogates as autonomous actors within well-establish, and potentially exploitative, marketplaces, and regulatory mechanisms that address current practices* » (Cattapan, Gruben et Cameron, 2018, p. 4).

1.2 À l'écoute de paroles occultées

Les débats sociaux et les discussions intellectuelles étayés dans la section précédente font état d'opinions et de convictions concernant l'infertilité, la conception de la maternité et la disponibilité du corps de la femme dans le processus d'enfantement. Sarah Earle et Gayle Letherby (2003) remarquent que les débats portent rarement sur les droits et les expériences des femmes elles-mêmes, mais s'attardent souvent davantage sur le bien-être des enfants ou l'avenir de l'institution familiale. « C'est surtout la figure de la mère porteuse qui se retrouve au centre des polémiques, écrit Dominique Mehl (2011, p. 75), otage d'un débat auquel elle ne participe pas et qui mobilise des croyances, des idéologies, des représentations de la femme, de sa liberté ou de sa soumission ».

Les écrits publiés sur la GPA et le don d'ovules ont considérablement augmenté au cours des dix dernières années. Ces travaux sont le fruit du travail de spécialistes en bioéthique, de sociologues et de juristes qui offrent essentiellement des analyses théoriques ou basées sur la doctrine. Hormis quelques reportages à saveurs sensationnalistes et des récits anecdotiques diffusés dans les médias (King, Tulandi, Whitley, Constantinescu, Ells et Zelkowitz, 2014), les voix des femmes directement concernées sont rarement, voire jamais entendues, a fortiori dans

les écrits scientifiques. Pourtant, leurs expériences et leurs trajectoires de vie sont essentielles pour mieux comprendre leur rapport à la maternité et en formuler une compréhension théorique, comme l'explique l'anthropologue Elly Teman (2010, p. 103) :

One cannot theorize what surrogacy is about without documenting the experiences of surrogates themselves. The majority of feminist critiques of surrogacy, which are theory driven, can provide insights into surrogates' situations but cannot account for the complexity of their experiences. It is only through empirical data that we are able to comprehend how surrogates subversively undermine medicalization, objectification, and technological fragmentation, and transform them from tools of oppression into methods for preserving their sense of integrity, their sense of control over the situation, and their sense of personal space and 'freedom' in their occupied bodies.

À l'échelle internationale, plusieurs recherches empiriques sur la GPA ont été menées un peu partout dans le monde, principalement aux États-Unis (Courduriès, 2016; Jacobson, 2016; Ragoné, 1994; Smietana, 2018) et en Europe (Cailleau, 2016; Gross, 2012; Jadvá, Murray, Lycett, MacCallum et Golombok, 2003; Malmanche, 2014), mais aussi en Israël (Teman, 2010), en Australie (Riggs, 2016), en Ukraine (Lance, 2017), en Russie (Weis, 2017) et en Inde (Pande, 2014; Rudrappa, 2015; Rozée, 2017). Au Canada, seulement deux études ont documenté le point de vue des femmes porteuses (Fantus, 2017; Fisher, 2011) et, à ma connaissance, trois recherches se sont penchées sur le vécu des parents d'intention, plus particulièrement celui de pères gais ayant fondé leur famille par GPA en Ontario (Kashmeri, 2008; Fantus, 2017) ou au Québec (Côté et Sauvé, 2016; Côté et Sallafranque St-Louis, 2018). Les expériences des femmes concernées par le don d'ovules demeurent encore à ce jour dans l'angle mort de la recherche (Almeling, 2015).

1.2.1 Le piège du récit unique

Les récits de mères d'intention, des femmes porteuses et de donneuses d'ovules constituent une voie d'accès privilégiée pour mieux comprendre le phénomène de la fragmentation de la maternité, dans un contexte caractérisé par un haut niveau d'abstraction et de prises de position idéologiques, souvent réductrices, masquant la complexité des pratiques actuelles.

À l'occasion d'une conférence internationale à l'Université de Cambridge en Grande-Bretagne, l'anthropologue israélienne Elly Teman (2018a) a sensibilisé l'assistance face au risque de reproduire un « récit unique » de la gestation pour autrui :

Surrogacy today is being shaped by social media into a single story, because it is the one story of the “perfect journey” which is being told in response to the one-sided narrative of “surrogacy as victimization”. This virtual war of seamless narratives seems to silence the complexity of how surrogacy actually is experienced, and little by little there are some surrogates who are writing op-eds and going on television and trying to change this single story by talking about the complexity of their experiences while still arguing for the extension of the law to include single men and gay male couples.

Selon l'anthropologue, la polarisation du débat entourant les maternités assistées par tierces reproductrices, et plus particulièrement la GPA, provoque des tensions, certes, mais aussi une propension à représenter de façon schématique les interprétations des expériences vécues pour en contrôler le récit narratif dans la sphère publique. Deux figures s'imposent alors, secrétées par le débat sous-jacent : la femme porteuse exploitée et vivant sous la domination et le contrôle d'un couple sans scrupule d'un côté, et celle de la femme porteuse qui s'épanouit pendant la grossesse et se complait dans la relation amicale nouée avec ses parents d'intention. Bien que caricaturales, ces figures sont toutes deux pourtant bien réelles, remarque Teman (2018a). Néanmoins, leur imposition masque les nuances, les complexités et les doutes inhérents au processus de procréation assistée. Plus préoccupant encore, ce piège rend inaudible les voix de femmes qui souhaiteraient avoir l'espace et la légitimité pour partager leurs expériences qui rejoignent dans une certaine mesure ces deux visions polarisées (Lundin, 2012), sans nécessairement leur correspondre en tous points.

1.3 La présente recherche

La présente thèse vise à construire une compréhension du rapport à la maternité en contexte de procréation assistée par autrui comme fait social. Pour ce faire, je propose de repenser le « devenir mère » au contact des expériences des femmes directement concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules. Penser le rapport à la maternité à l'aune de sa fragmentation par les techniques de reproduction assistée implique de réfléchir à l'adéquation entre une certaine vision traditionnelle de la maternité et les pratiques familiales émergentes.

Contrairement à la langue anglaise qui dispose de deux termes bien établis et reconnus – *maternity* et *motherhood* – pour désigner à la fois le processus de la grossesse et de l'accouchement et l'expérience des femmes dans l'espace de la famille, la langue française ne possède que le mot « maternité » (Quéniart, 1988), hormis le terme « maternage » qui demeure somme toute très niché. Pour ma part, je m'intéresse aux séquences qui parsèment le processus de reproduction, ce qui s'approche davantage de la *maternity* anglaise.

1.3.1 Question et objectifs de recherche

« Chaque société, chaque période fixe les combinaisons qui encadrent les représentations de qui est parent, détermine le socle autour duquel la collectivité, confortée ou non par la loi, définit les droits et devoirs des auteurs de l'enfantement puis des partenaires de la prise en charge du quotidien et de devenir des nouvelles générations » conclue Dominique Mehl (2008, p. 295) dans son ouvrage *Enfants du don*. Prenant appui sur les scénarios procréatifs découlant des ententes de gestation pour autrui et du recours au don d'ovules au Canada, je souhaite mieux comprendre le processus d'enfantement décrit par la sociologue, sous l'angle du vécu et des pratiques sociales. Ainsi, la présente recherche vise à répondre à la question suivante :

Comment les expériences des femmes directement concernées par le don d'ovules et la gestation pour autrui permettent-elles de mieux comprendre la construction du rapport à la maternité dans un contexte de fragmentation de ses composantes?

Dans le prolongement des recherches sur la GPA et le don d'ovules visant à proposer une théorisation enracinée dans les données empiriques (Berend, 2016a; Cailleau, 2013; Teman, 2010), ma démarche de recherche se décline en trois objectifs spécifiques : 1) comprendre la manière dont les femmes impliquées dans une entente se représentent leur apport respectif dans le projet parental par GPA ou don d'ovules; 2) identifier les pratiques d'appropriation et de mises à distance de la maternité déployées par ces femmes selon leurs positions situées, ainsi que les facteurs personnels, sociaux et normatifs qui favorisent ou inhibent leur émergence et 3) mettre en lumière la dimension processuelle de l'enfantement à plusieurs.

1.3.2 La pertinence de l'étude

« Il n'est pas simple de réfléchir sur un 'objet' qui n'est ni une chose, ni un concept, mais une pratique, un mode de relation possible entre les individus » rappelle avec justesse Sylviane Agacinski (2009, p. 129) dans son livre *Corps en miettes*. Mais contrairement à la philosophe, je ne situe pas mon propos sous l'angle de la morale, pour savoir « si cette relation doit être socialement acceptable ou non » (p. 129), mais plutôt dans une approche relationnelle et pragmatique du processus de procréation assistée par tierces reproductrices.

De fait, je m'intéresse à la « scission de la maternité » observée entre autres par Neyrand (2004, p. 36), mais aussi aux liens qui se tissent ou se délient entre les principales protagonistes, leurs motivations à avoir recours aux techniques de reproduction assistée ou à participer au projet parental d'autrui, et les répercussions de cette décision sur leurs trajectoires de vie. La dimension relationnelle, de même que l'intérêt pour leurs expériences subjectives comme sources de savoirs légitimes trouvent naturellement écho en sciences humaines appliquées et dans les métiers de la relation d'aide, où ces préoccupations sont présentes au quotidien dans la pratique (Higginbottom et Lauridsen, 2014).

Considérant que les femmes se positionnent dans une certaine mesure en rupture avec les attentes normatives liées à la féminité et à la maternité, il m'apparaît pertinent de chercher à comprendre comment elles se perçoivent et naviguent à travers ces systèmes normatifs. De fait, ces situations agissent comme des révélateurs des conceptions et des valeurs qui participent à maintenir et à reproduire des normes liées au genre et à la famille dans notre société. L'ancrage féministe de la recherche prend alors tout son sens, puisque cette dernière représente à la fois un projet de constructions de savoirs scientifiques, de même qu'un projet sociopolitique visant à questionner l'institution de la maternité (Ollivier et Tremblay, 2000). Ma démarche vise justement à mettre « la marge » au centre de l'analyse en relayant les voix des femmes, tout en en considérant l'influence des structures sociales.

À ma connaissance, aucune recherche n'a encore croisé les expériences des mères d'intention, des femmes porteuses et des donneuses d'ovules impliquées dans une entente de procréation assistée au Canada. Une telle triangulation peut offrir un regard inédit sur le

phénomène, puisqu'il met en dialogue les points de vue des actrices directement impliquées dans le processus. L'étude aborde ainsi un aspect négligé de la recherche sur les réalités familiales et la procréation assistée (Markens, 2016). Dans un contexte où l'actualité récente témoigne de l'acuité des enjeux juridiques, éthiques et sociaux liés à la GPA et au don d'ovules, les résultats permettront d'alimenter les réflexions entourant leur régulation à partir de données empiriques, rejoignant ainsi les recommandations formulées à l'intention du Législateur québécois par divers acteurs publics.

1.4 Précisions terminologiques

Réfléchir aux maternités assistées à l'aide de tierces reproductrices, les définir et les nommer se révèle être une entreprise délicate, les dissensions à ce sujet étant nombreuses et vives dans les cercles militants, universitaires et intellectuels (Francesch Sabaté, 2017; Löwy, Rozée et Tain, 2014). Cela est d'autant plus laborieux que les termes qui circulent actuellement ne sont ni homogènes ni tout à fait stabilisés dans l'usage courant (Yvert, 2016). Puisque les expressions et les mots, tant scientifiques que profanes, sont ancrés dans des contextes historiques, sociaux et linguistiques bien précis, il n'est pas non plus toujours possible de les transposer d'une langue à l'autre sans trahir la pensée des auteurs ou les déconnecter de leurs origines disciplinaires. Les tentatives de traduction posent alors des enjeux importants en ce qui a trait à la résonance culturelle des termes utilisés.

Conscient que les choix terminologiques ne sont pas neutres et qu'ils participent à la construction des représentations sociales (Abric, 2011), je privilégie dans le cadre de la thèse l'usage de termes faisant écho aux expériences et aux pratiques retracées dans les études empiriques, en évitant de leur accoler des attributs fortement connotés, polarisants ou polémiques, particulièrement en ce qui a trait au rapport à la maternité et au corps enceint. Cette mise en garde en tête, je puise ainsi dans les écrits francophones et anglophones pour bâtir un cadre lexical suffisamment clair pour articuler les savoirs de façon cohérente et convaincante, mais tout de même assez souple pour lui permettre d'évoluer au regard des connaissances produites éventuellement à partir des expériences des femmes rencontrées.

Le terme « procréation assistée par tierces reproductrices » décrit mon objet d'étude consacré à la fois à la GPA et au don d'ovules. Cette expression a une visée descriptive, et recoupe des termes techniques pour réaliser une analyse combinée de ces deux pratiques qui impliquent la contribution d'un moins une femme extérieure au couple parental. Si la procréation évoque le moment de la conception, « l'enfantement » désigne quant à lui le *processus* de reproduction à plusieurs (Mehl, 2011), lequel implique une mise en relation qui se construit et se déploie dans le temps. Ce terme a surtout le mérite d'incorporer et de rappeler le but de la démarche – la venue au monde d'un enfant – auquel se rallient l'ensemble des personnes impliquées dans l'entente.

La GPA et le don d'ovules impliquent nécessairement « autrui », soit un couple ou une personne célibataire qui formule un projet parental de départ qui nécessite l'apport d'une tierce. À l'instar de Teman (2010) et de Malmanche (2014), j'utilise le terme « mère d'intention » plutôt que « mère commanditaire » pour souligner le fait que l'accès à la maternité dans un tel contexte n'implique pas seulement des considérations financières ou contractuelles, mais survient dans le cadre d'une démarche intentionnelle menant à la concrétisation du projet parental, et ce, peu importe d'où proviennent les gamètes. L'intention est ainsi la base commune chez les femmes rencontrées de ce groupe, qu'elles deviennent mères légales dès la naissance (en ayant porté elles-mêmes leur enfant conçu par don d'ovules) ou par adoption, lorsqu'une autre femme porte leur enfant dans le cadre d'une entente de GPA et leur remettre après l'accouchement.

Estimant que la GPA évacue la connotation maternelle associée à la grossesse et à l'accouchement, certains auteurs et organisations féministes tel le Conseil du statut de la femme (2016, p. 18) préfèrent les expressions « maternité de substitution » ou encore « maternité pour autrui » pour qualifier cette « pratique par laquelle une femme porte un fœtus, et poursuit la grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant avec l'intention de transférer ensuite ses droits et devoirs parentaux au(x) parent(s) d'intention » (Delaisi de Parseval et Collard, 2007, p. 29). En assignant la femme qui a donné naissance à la maternité, on escamote toutefois une partie du phénomène pour faire valoir un point de vue hégémonique et essentialiste. Ainsi, je retiens dans le cadre de la thèse l'expression « gestation *pour* autrui » pour situer la femme porteuse comme

point d’ancrage de cette pratique (plutôt que les parents d’intention, dans le cas de la gestation *par* autrui), tout en ayant le souci de ne pas essentialiser sa contribution.

Le mot « mère » est au cœur des expressions pour désigner les femmes qui acceptent de porter un enfant pour autrui, certaines ayant une connotation plus ou moins péjorative : mère porteuse, mère gestante, mère d’emprunt, mère d’accueil, mère par intérim, mère sous contrat, mère de substitution, etc. (Vandelac, 1987). Les expressions « mère porteuse ou de naissance » réitèrent l’importance de la grossesse et de l’accouchement comme marqueurs identitaires maternels (Langevin, 2010). Le mot « mère biologique » est souvent utilisé pour désigner la femme impliquée dans une entente de GPA génétique. Dans le cas d’une GPA gestationnelle, la représentation qui lui est accolée est circonscrite dans les travaux français à celle d’assistante maternelle ou de « nounou » (Mehl, 2008, p. 195).

Au Québec, l’expression « mère porteuse » est la plus courante. Il s’agit aussi de celle utilisée dans les lois et les politiques canadiennes en matière de procréation assistée. Cette expression pose néanmoins certains enjeux. Le mot « mère » est jugé inadéquat, parce que la femme impliquée dans une entente de GPA ne se considère généralement pas comme le parent de l’enfant qu’elle met au monde (Bureau et Guilhermont, 2011; Teman et Berend, 2018). Les expressions « gestatrice ou porteuse » sont alors utilisées comme alternatives pour désigner son rôle (Côté et Sauvé, 2016; Malmanche, 2014). Ces expressions – utilisées comme noms (et non comme adjectifs) – sont toutefois jugées réductrices, parce qu’elles effaceraient la femme qui assure la gestation de l’enfant et lui donne naissance. Ainsi, j’abonde dans le même sens que Courduriès (2016) et Teman (2010) en choisissant de désigner la femme qui porte un enfant pour autrui par « femme porteuse » (ou son pendant anglais *surrogate*), afin de respecter la façon dont ces femmes conçoivent elles-mêmes leur rôle, c’est-à-dire des « femmes qui portent » pour autrui, et non des mères. Il s’agit aussi d’une façon de les reconnaître comme des actrices sociales directement concernées par le sujet, tout en dissociant les fonctions reproductives du maternage.

Le don d'ovules, quant à lui, survient lorsqu'une femme fournit ses ovocytes, les cellules précurseuses des ovules, par l'entremise d'une ponction ovarienne. Les ovules sont fécondés en laboratoire pour produire des embryons, qui seront ensuite implantés par fécondation in vitro dans l'utérus d'une autre femme, qu'il s'agisse de la mère d'intention ou d'une femme porteuse.

Les femmes qui fournissent leurs ovules sont désignées comme des « donneuses », même si elles sont rémunérées ou reçoivent une compensation pour leur geste dans certains pays. Plusieurs auteurs se questionnent sur l'usage du mot « don » et remettent en question le caractère altruiste de la démarche. Lorsqu'il y a rémunération, comme c'est le cas aux États-Unis par exemple, certains qualifient alors le don de « cession » (Pulman, 2010), ou désignent les femmes comme des « vendeuses » (Dickenson, 2013) ou encore, des « fournisseuses » (Baylis, 2013; Gruben, 2013). Ce dilemme théorique entre le don et l'échange marchand, ainsi que les tensions que ces visions sous-tendent, fait l'objet de réflexions soutenues chez les scientifiques en sciences sociales (Godbout, 2007). Or, pour certains, le « don » ne doit pas être évalué à l'aune d'une quelconque « pureté » du geste, puisque des intérêts personnels ou des attentes sont toujours à prendre en considération dans un tel échange.

Partant du principe que le don ne soit pas antinomique à une certaine forme de dédommagement ou de « contre-don » dans le champ de la procréation assistée par autrui (Berend, 2016; Courduriès, 2016; Smietana, 2018), il me semble alors opportun de conserver l'appellation « donneuse d'ovules » (ou donneuse d'ovocytes, une expression utilisée davantage en Europe francophone), qui a aussi l'avantage d'être accessible et aisément compréhensible. Par ailleurs, elle a le mérite de ne pas rattacher le geste à une forme de rétribution comme le ferait le terme « vendeuses » par exemple, ce qui demeure illégal au Canada en vertu de la *Loi canadienne sur la procréation assistée* (gouvernement du Canada, 2004).

Enfin, je précise que le projet parental par procréation assistée peut réunir des personnes vivant sur le même territoire, ou impliquer des parents d'intention et des tierces reproductrices établis dans des pays différents. Dans le premier cas, la GPA ou le don d'ovules sera intranational, bien qu'une mobilité entre les régions ou des provinces d'un même pays est souvent observée, comme c'est le cas présentement au Canada (Couture, 2018). Ce contexte d'action est celui retenu pour la présente recherche. Dans le deuxième cas, il s'agit de pratiques

transnationales qui impliquent le franchissement de frontières (Brunet, Courduriès, Giroux et Gross, 2017). L'expression « tourisme procréatif » parfois utilisée dans les écrits à ce sujet, en référence au « tourisme médical », est toutefois écartée, puisqu'elle ne correspond pas à l'expérience souvent empreinte de stress et de souffrance liée à l'infertilité ou au processus de procréation assistée vécue par les couples ni ne prend en compte le point de vue des tierces reproductrices (Löwy, Rozée et Tain, 2014). Qui plus est, elle n'est pas sans rappeler le phénomène de « tourisme sexuel », entretenant de façon implicite et pernicieuse la comparaison entre la GPA et le travail du sexe (Fabre-Magnan, 2013).

Chapitre II. Revue de la documentation

La procréation assistée par autrui : pratiques, cadres et expériences

La procréation assistée par autrui est un phénomène qui recoupe des pratiques médicales spécialisées, de même que différents cadres législatifs qui les encadrent et les régulent. De la rencontre entre ces deux univers émergent des expériences personnelles et sociales vécues par les personnes concernées, lesquelles ont été documentées dans des contextes culturels variés. L'objectif de ce chapitre est de tracer les contours de mon objet d'étude à l'aide d'une revue de la documentation, comprenant à la fois des notions descriptives et un point de vue critique. En rassemblant les savoirs issus de différentes traditions disciplinaires, je souhaite ainsi produire une synthèse des connaissances en tenant compte de la conjoncture légale et empirique concernant les maternités assistées par tierces reproductrices. Quatre dimensions sont abordées, soit 1) les éléments constitutifs du phénomène à l'étude; 2) leur encadrement normatif; 3) les filières d'accès à la procréation assistée et, finalement, 4) les expériences vécues par les femmes concernées, sous l'angle de leur rapport à la maternité.

2.1 La recherche documentaire

La méthode utilisée pour faire la revue de la documentation s'inspire de la démarche de recension intégrative proposée par Whittemore et Knafl (2005). Elle a pour but d'identifier les thèmes centraux et les constats qui se dégagent de la littérature, d'en cerner les apports et les limites et de les intégrer dans un tout cohérent selon une approche compréhensive. En cohérence avec la visée de théorisation enracinée à la base de ma recherche (Charmaz, 2014; Luckerhoff et Guillemette, 2011), la présente recension a été réalisée en deux temps. J'ai d'abord effectué une recension préliminaire lors de l'épreuve de l'examen de synthèse et de la préparation de mon projet de thèse en 2015, laquelle m'a permis de prendre connaissance des recherches incontournables dans le domaine et de me familiariser avec le sujet. Ensuite, j'ai complété mon document de travail en janvier 2019 *après* avoir construit ma modélisation théorique et rédigé

tous les chapitres de résultats. Cette circularité dans le processus de recherche m'a permis d'éclairer le phénomène à l'étude, en plus de nourrir ma sensibilité théorique (Dunne, 2011; Horincq Detournay, 2018).

Différentes bases de données couramment utilisées en sciences sociales ont été interrogées pour réaliser la revue de la documentation, dont Sage Journals Online, SocINDEX, Sociological Abstracts, Taylor and Francis, Cairn et Érudit. Des termes précis tels que « infertilité » (*infertility*), « gestation pour autrui, mère/femme porteuse » (*surroga**), « don* d'ovules ou d'ovocytes » (*egg or oocytes don**) et « maternité » (*motherhood, maternity*) ont été utilisés dans les moteurs de recherche. Les dépôts institutionnels des universités québécoises et canadiennes ont aussi été sollicités pour y recenser les thèses et les mémoires publiés sur le sujet au cours des dix dernières années. Ce corpus a été complété par l'ajout d'articles pertinents cités dans la bibliographie des recherches consultées. Tous les articles pertinents publiés en français et en anglais ont été retenus, et ce, peu importe la date de publication, puisque le phénomène est relativement nouveau et peu documenté.

L'état actuel des connaissances sur les maternités assistées par tierces reproductrices rend saillantes deux tendances, conceptualisées par Charis Thompson (2005) comme autant de « vagues » ou de générations des recherches menées sur le sujet depuis les années 1980. La première correspond aux travaux *théoriques* issus des univers normatifs tels que le droit, la bioéthique et les sciences politiques qui réfléchissent aux enjeux juridiques, éthiques et sociaux entourant les techniques de reproduction assistée. Plus récente, la deuxième génération correspond aux recherches *empiriques* réalisées auprès des personnes et des organisations directement concernées. Les travaux précurseurs de Helena Ragoné sur la GPA aux États-Unis ont ouvert la voie dès le début des années 1990 à des recherches ethnographiques menées par des anthropologues et sociologues à travers le monde, tandis que ceux de Susan Golombok et de son équipe britannique ont fait de même en psychologie une décennie plus tard. Ces deux vagues sont désormais concomitantes dans l'univers savant, générant un flot continu et croissant de publications.

2.2 Les éléments constitutifs

La revue de la documentation s’amorce par une présentation des trois éléments au cœur de la procréation assistée par tierces reproductrices : l’infertilité féminine, la gestation pour autrui et le don d’ovules. Des éléments de définition sont proposés pour chaque élément constitutif du phénomène, ainsi qu’une estimation de leur ampleur respective et de leurs implications. Pour ce faire, la littérature en sciences et sociologie de la santé, de même qu’en anthropologie médicale est mobilisée pour dégager une compréhension globale et vulgarisée des techniques de reproduction assistée et de leurs usages.

2.2.1 L’infertilité féminine

L’infertilité féminine est sans aucun doute l’élément le plus étudié des maternités assistées. Toutefois, la définir pose un défi certain, étant donné les nombreuses définitions cliniques, démographiques et épidémiologiques recensées dans la littérature (Lemoine, 2014). Ces dernières couvrent d’ailleurs un large spectre, où les niveaux d’atteinte et les seuils de la durée de l’infertilité demeurent relativement imprécis, allant d’une fécondité presque « normale » à une stérilité complète (Gurunath, Pandian, Anderson et Bhattacharya, 2011). Une certaine confusion quant au pronostic présumé règne justement entre les termes « infertilité » et « stérilité ». Une stérilité est dite « primaire » lorsqu’une femme n’a jamais été enceinte (grossesse ayant abouti ou non), tandis qu’une stérilité dite « secondaire » signifie que la femme a vécu au moins une grossesse dans sa vie, quel que soit le terme auquel elle ait été menée (Habbema, Collins, Leridon, Evers, Lunenfeld et teVelde, 2004).

La définition communément admise de l’infertilité correspond à l’absence de conception après douze mois de rapports sexuels non protégés. Selon la perspective retenue, l’infertilité est tantôt désignée comme une *maladie* (Zegers-Hochschild et al., 2009), tantôt comme une *incapacité* (Stern, 2012) ou encore, rattachée à une dimension *sociale* de la vie des femmes concernées. La distinction entre ces trois désignations est d’importance, puisqu’elle permet notamment de déterminer l’obligation de l’État ou des compagnies d’assurances à rembourser les coûts des traitements, le cas échéant (Lemoine, 2014).

La première désignation renvoie à la médicalisation de l'infertilité, où la « non-parentalité involontaire » (*involuntary childlessness*) comme condition sociale est progressivement remplacée dès les années 1960 par l'infertilité comme condition médicale (Becker et Nachtigall, 1992). L'infertilité passe alors dans le giron de la médecine, qui consolide déjà son ascendant sur la santé reproductive des femmes, la maternité et l'accouchement (Baillargeon, 2004; Gagnon, 2017; Rivard, 2014). La deuxième désignation renvoie à l'infertilité comme le résultat d'un déficit physiologique causée par une maladie comme l'endométriose, par exemple (Khetarpal et Singh (2012). Elle peut aussi être la cause de maladies telle la dépression. Elle ne serait cependant pas une maladie en elle-même, puisqu'une femme présentant une infertilité dite « idiopathique » (ou inexplicée) ne parvient pas à concevoir, malgré un état de santé jugé satisfaisant lors d'un bilan exploratoire complet (Andersen, 2017). La troisième désignation – l'infertilité dite « sociale » – concerne les situations où les femmes choisissent de devenir mères hors du cadre conjugal hétérosexuel, que ce soit dans le cas de la maternité célibataire (Bradette, 2001) ou de la maternité chez les couples de femmes (Ricard, 2001).

Selon des données recueillies en 2009-2010 dans le cadre de l'Enquête sur la santé des collectivités (Busknik, Cook, Yuzpe, Tough et Collins, 2012), la prévalence de l'infertilité au Canada oscille entre 11,5 et 15,7 % (soit environ un couple sur six), selon la probabilité de conception. Cette dernière s'établit selon trois modalités, soit l'absence de contraception au cours des douze derniers mois, l'occurrence de rapports sexuels durant cette période et les tentatives antérieures de devenir enceinte avec le même partenaire. Dans quatre situations sur dix, l'infertilité de la femme est en cause. Ces chiffres sont en hausse constante, puisque le taux d'infertilité était d'environ 5 % en 1984. Plusieurs éléments concourent à cette prévalence accrue; par exemple le report de la première grossesse qui survient de plus en plus tard dans la vie des femmes, dont la fertilité décroît après l'âge de 35 ans (Bretherick, Fairbrother, Avila, Harbord et Robinson, 2010). Selon les données de l'Institut de la statistique du Québec (2017) recueillies entre 2000 et 2016, la proportion des femmes de 30 à 34 ans qui deviennent mères pour la première fois est passée de 20,4 % à 28,9 %, tandis que celle chez les femmes de moins de 24 ans a diminué de façon encore plus marquée, passant de 35,7 % à 20,7 %.

Outre l'avancée en âge, d'autres facteurs individuels sont à prendre en considération pour expliquer l'infertilité des femmes (Pulman, 2010) : problèmes liés à la production d'ovules (irrégularité ou absence de cycles menstruels, par exemple), infections transmises sexuellement telle la chlamydia (qui peut être à l'origine de l'occlusion des trompes de Fallope), problèmes utérins (présence de fibromes ou de polypes), endométriose (qui se caractérise par la prolifération de tissus formés de cellules endométriales autour des organes reproducteurs), déséquilibre hormonal ou ménopause précoce avant l'âge de 40 ans. Pour plusieurs de ces femmes, le recours au don d'ovules est l'ultime option pour qu'elles puissent vivre une grossesse et donner naissant à leur enfant.

Les malformations utérines (utérus unicorne, cloisonné ou bicorne) ou l'agénésie complète sont rarement citées dans les causes de stérilité, leur incidence étant sans doute trop faible comparée aux autres étiologies de l'infertilité (Pulman, 2010). Or, dans de tels cas, la fonction ovarienne de ces femmes est souvent intacte. Certaines se tournent alors vers la GPA pour établir une entente de GPA avec une femme, lui confiant un embryon conçu à l'aide des gamètes du couple (ou de tiers donneurs) pour qu'elle en assure la gestation (Friedler, Grin, Liberti, Saar-Ryss, Rabinson et Meltzer, 2016). Les raisons physiologiques menant certaines femmes à avoir recours à la GPA sont, par ordre d'importance, l'hystérectomie découlant d'un cancer ou d'une hémorragie, le syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster (MRKH, caractérisé par l'absence congénitale d'utérus), ou un utérus non fonctionnel résultant d'une anomalie sévère de l'endomètre (Delvigne, 2013). D'autres raisons sont aussi évoquées, dont les contre-indications médicales en fonction d'un risque élevé pour la santé de la femme, les fausses couches récidivantes et les échecs répétés de fécondation in vitro.

2.2.2 La gestation pour autrui

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la gestation pour autrui comme une pratique de procréation assistée (Zegers-Hochschild et al., 2009). Depuis l'avènement de la FIV aux tournants des années 1980, la gestation pour autrui se décline en deux types d'arrangement procréatif : la GPA génétique et la GPA gestationnelle (Brinsden, 2016). La

présence ou non d'un lien génétique entre la femme porteuse et l'enfant qu'elle porte pour autrui est l'élément qui les distingue.

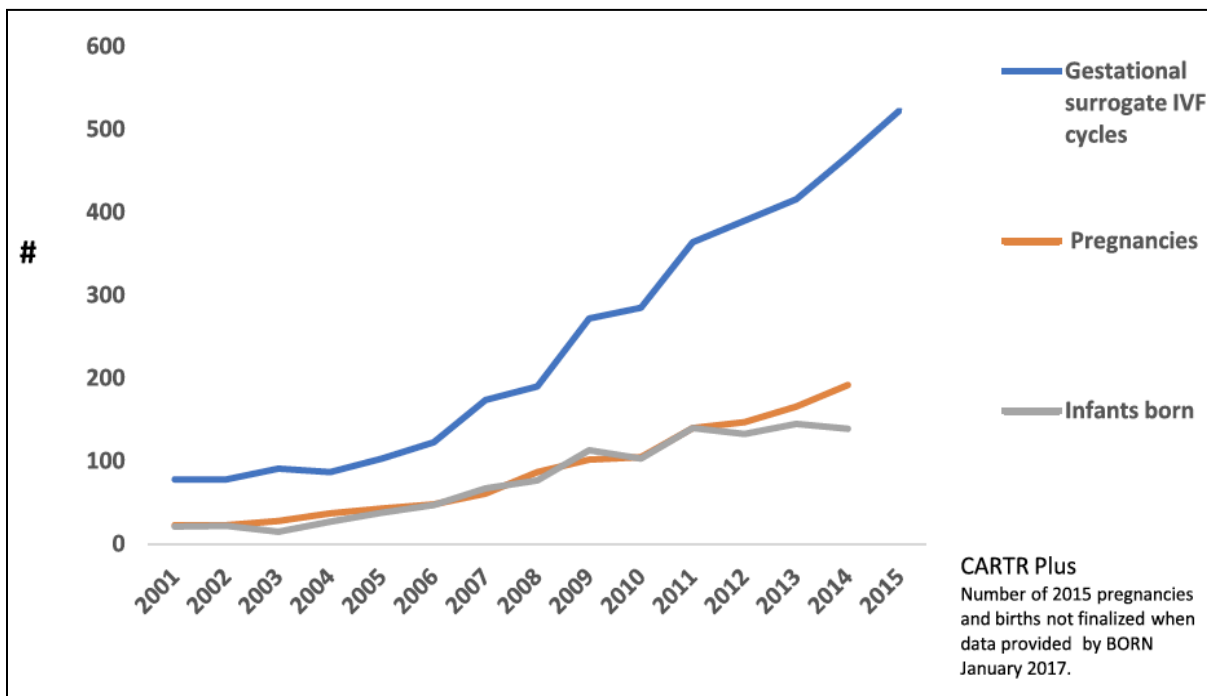
La GPA dite « génétique » ou « traditionnelle » (*full surrogacy* ou *traditional surrogacy*) signifie que la femme porteuse procure ses propres ovules en tant que génitrice de l'enfant à naître. Le fœtus qu'elle porte est alors créé à partir de ses gamètes et ceux d'un homme (généralement le père d'intention), ces derniers pouvant être transmis par insémination artificielle en clinique de fertilité, ou par procédure artisanale à la maison. En Grande-Bretagne, où seule la GPA dite « altruiste » (ou gratuite) est autorisée, on estime que 40 % des grossesses pour autrui sont de type traditionnel (Horsey, 2016). Il est toutefois impossible d'estimer l'ampleur du phénomène au Canada, puisque ces arrangements se produisent généralement en contexte privé entre particuliers, sans le recours aux tribunaux ni à des soins spécialisés pouvant être dénombrés à l'aide d'un registre.

Plus récente, la GPA dite « gestationnelle » (*gestational surrogacy*) signifie que la femme porteuse reçoit un embryon issu des gamètes du couple intentionnel ou de tiers donneurs. Cette procédure se produit par fécondation in vitro à l'aide des ovules d'une autre femme, qu'il s'agisse d'une donneuse ou de la mère d'intention ayant des ovaires fonctionnels capables de fournir des ovocytes après stimulation de l'ovulation. Au Canada, le nombre de GPA gestationnelles répertoriées annuellement par le Registre canadien des techniques de procréation assistée (RCTPA)⁸ est passé à moins d'une centaine en 2001 à près de 900 en 2017.

⁸ Créé en 2001, le Registre canadien des techniques de procréation assistée, ou CARTR (*Canadian Assisted Reproductive Technologies Registry*) recueille les données des interventions cliniques de FIV réalisées par les cliniques de fertilité au Canada, qui les transmettent sur une base volontaire. Une mise à niveau du registre (CARTR Plus) a été réalisée en 2012, dans le cadre d'un partenariat avec BORN Ontario (*Better Outcomes Registry & Network*). Depuis janvier 2013, les données sont saisies et analysées par l'entremise de ce nouveau système.

Tirée d'un article récent signé par Pamela M. White (2017, p. 1047), la figure suivante⁹ présente le nombre de cycles de FIV réalisés dans le cadre de GPA gestationnelles entre 2001 et 2015, de même que le nombre de grossesses et de naissances connues par année.

Figure 1. Cycles de FIV pour des GPA gestationnelles au Canada entre 2001 et 2015



La figure illustre la croissance rapide du nombre de GPA gestationnelles réalisées au Canada au cours des dernières années, dont un bond fulgurant de 145 % des cycles de FIV entre 2011 et 2015. Selon White (2017), les couples hétérosexuels représenteraient 79 % de l'ensemble des parents d'intention, comparativement à 21 % pour les couples de même sexe et les hommes célibataires. Au-delà des chiffres sur la popularité croissante de la pratique, la chercheuse attire l'attention sur les incidences des interventions cliniques sur la santé des

⁹ Les données présentées dans cette figure sont tirées des rapports annuels de CARTR publiés par la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA) de 2001 à 2015. Pour chaque année, trois résultats ont été extraits par la chercheuse, soit : 1) le nombre de cycles de FIV réalisées avec une « femme autre que celle ayant l'intention d'élever l'enfant » (*gestational carrier cycles*); 2) le nombre de grossesses découlant de ces interventions (*clinical intrauterine pregnancies*) et 3) le nombre de naissances connues (*known births*).

femmes porteuses qui, bien souvent, ne correspondent pas aux standards de soin en matière de transfert d'embryon (White, 2018a; Reilly, 2007). Par exemple, les femmes porteuses expérimentent davantage de grossesses multiples que les autres patientes ayant eu recours à la FIV pour elles-mêmes, ce qui s'expliquerait par l'occurrence élevée de transfert de plusieurs d'embryons en cas de GPA. De fait, seulement 26 % des femmes porteuses ont reçu un seul embryon en 2012, comparativement à 47 % des autres patientes la même année (White, 2016).

La volonté de maximiser les chances de succès partagée tant par les parents d'intention, la femme porteuse et le médecin expliquerait en partie le phénomène, de même qu'une certaine méconnaissance des risques entourant les grossesses multiples au sein de la population en général (Jones et Schnorr, 2001). Selon Ashenden, (2013), les risques de coercition ne sont pas à négliger, notamment lorsque les femmes porteuses sont isolées, ne connaissent pas leurs droits, ou que le rapport relationnel qu'elles partagent avec le couple pourrait les inciter à accepter davantage de risques (dans le cas d'une entente intrafamiliale ou entre amis, par exemple).

Enfin, selon certains observateurs (Markens, 2007; Whetstine et Beach, 2016), la GPA traditionnelle serait progressivement remplacée à l'échelle internationale par les arrangements de type gestationnel, comme en témoignent les législations adoptées dans un nombre grandissant d'États et les procédures préconisées à cet effet par les agences privées. Bien que ce soit probablement le cas, il n'en demeure pas moins qu'il est impossible d'avancer des chiffres exacts, puisque de telles données n'existent tout simplement pas. Comme l'explique White (2018b), s'en remettre à l'état actuel du droit, à la quantité de dossiers traités en cour, aux chiffres avancés par les agences ou au nombre d'interventions cliniques pour mesurer l'ampleur du phénomène pose des limites importantes, puisque plusieurs situations passent sous le radar des tribunaux ou des cliniques.

2.2.3 Le don d'ovules

Il existe trois types de dons d'ovules, qui se distinguent selon le contexte entourant la circulation des ovules et le rapport entretenu ou non entre la donneuse et la receveuse : 1) le don anonyme; 2) le don croisé et 3) le don dirigé. Le premier survient lorsqu'une donneuse se rend

de façon individuelle dans une clinique pour faire un don anonyme (son identité ne sera jamais dévoilée à la receveuse ni à l'enfant à naître). Le deuxième signifie que la donneuse accompagne une receveuse à la clinique pour y faire un don, lequel sera remis à une autre receveuse (qui demeurera anonyme) ayant fait la même démarche en parallèle. Enfin, le troisième survient lorsque la donneuse et la receveuse se connaissent et se rendent ensemble pour procéder au prélèvement des ovules et à l'implantation de l'embryon.

Le don d'ovules comprend quatre étapes successives : 1) la stimulation des ovaires; 2) le prélèvement des ovules (ponction ovarienne), une procédure qui peut s'avérer très douloureuse; 3) la fécondation in vitro en laboratoire et 4) le transfert et l'implantation de l'embryon. Les deux premières mobilisent le corps de la donneuse, tandis que la dernière étape sollicite celui de la receveuse. L'ensemble de la procédure requiert un niveau technique élevé, la complexité résultant des interventions médicales préalables et de la coordination des traitements hormonaux auxquels s'astreignent les femmes.

La stimulation ovarienne est un traitement à l'aide de médicaments que les donneuses doivent effectuer par des injections sous-cutanées quotidiennes (Brochet, David, Marino et Dahdouh, 2013). La prise d'hormones peut provoquer plusieurs effets secondaires : nausées, douleurs abdominales, prise de poids, sautes d'humeur, maux de tête, troubles de la vision, règles plus abondantes et insomnie. Après une stimulation ovarienne, les ovules sont prélevés par voie vaginale sous anesthésie locale et contrôle échographique en salle d'opération, puis fécondés en laboratoire d'embryologie par des spermatozoïdes isolés du liquide séminal. L'incubation des spermatozoïdes avec les ovules ainsi obtenus permet l'obtention d'embryons qui sont aptes à être transférés dans l'utérus de la receveuse après deux à cinq jours (Delvigne, 2013). L'implantation d'un embryon « frais » (non congelé) requiert des manipulations hormonales afin que les cycles menstruels de la donneuse et de la receveuse soient synchronisés, et que l'endomètre de cette dernière soit stimulé en début de grossesse pour que le placenta prenne le relais (Sándor, 2009). Un soutien hormonal peut être nécessaire jusqu'à la sixième semaine de grossesse.

En dix ans, le nombre de cycles de FIV avec don d'ovules a doublé au Canada, passant de 404 en 2007 à 823 en 2017 (Gunby, Bissonnette, Librach et Cowan, 2011; CARTR Plus, 2018). Pour la dernière année, ce nombre représente 2,5 % des quelque 33 092 cycles de FIV pratiqués dans les cliniques au pays. Puisque le Registre canadien ne compile que les données portant sur les patientes (c'est-à-dire les mères d'intention) et que la provenance des ovules n'est pas documentée (don survenu au Canada, ou provenant d'une banque de gamètes internationale), nous ne disposons malheureusement pas de données précises sur le nombre de donneuses d'ovules au Canada (White, 2018b). Étant donné son caractère récent, on ne connaît pas non plus encore très bien les répercussions des dons d'ovules sur la santé des donneuses, hormis les risques à court terme telle l'hyperstimulation ovarienne qui affecterait une proportion minime de femmes (Woodriff, Sauer et Klitzman, 2014).

2.3 L'encadrement normatif

Plusieurs législations à l'échelle mondiale se sont penchées sur la question de la régulation de la GPA en formulant des réponses variées, de l'interdiction formelle à l'encadrement réglementaire, en passant par la reconnaissance de l'accord contractuel, voire le laissez-faire (Dos Reis, Ruffieux, Terel et Willems, 2013; Pennings, Klitzman et Zegers-Hochschild, 2016; G'sell, 2017). Différentes formes de régulation peuvent cohabiter sur le même territoire. En Finlande, par exemple, la GPA gestationnelle est interdite, mais aucune disposition législative particulière ne vise la GPA génétique. À l'inverse, l'État du Dakota du Nord aux États-Unis reconnaît uniquement le caractère exécutoire des ententes contractuelles impliquant une GPA gestationnelle (Merchant, 2017). Certains pays comme la France, l'Allemagne et l'Espagne interdisent tous les types de GPA (Brunet, Carruthers, Davaki, King, Marzo et McCandless, 2013). Or, comme l'exemplifie l'anthropologue Jérôme Courduriès (2017, 2018a) à partir du cas français, la prohibition de la GPA n'est pas sans conséquence pour les parents et leurs enfants, considérant l'impossibilité d'établir la filiation avec le parent non biologique lors de la transcription des actes de naissance délivrés à l'international.

En ce qui concerne le don d'ovules, les régulations sont en général moins restrictives que celles pour la GPA, bien que les dispositifs de régulation varient grandement d'un pays à l'autre (Glennon, 2016), et que certains pays comme la Suisse l'interdisent sur leur territoire (Bühler, 2014; Engeli, 2010). En Espagne, où la GPA est interdite, le marché de gamètes espagnol prend de l'expansion, au point de devenir la destination de prédilection pour la vente d'ovules (Marre, San Román et Guerra, 2017; Kroløkke, 2017). « La loi y est permissive, la FIV accessible à tous, l'anonymat de la donneuse assuré et la rémunération, assez attractive pour attirer en nombre les candidates qui touchent jusqu'à 1 000 euros par prélèvements », confirme Tatu (2017, p. 44).

En contexte canadien, les maternités assistées par GPA ou par don d'ovules se situent au carrefour de compétences partagées entre le fédéral et le provincial, provoquant un « kaléidoscope de phénomènes juridiques » (Saris, 2016). Pays bijuridique, le Canada applique en effet deux droits communs en matière privée, le *common law* et le droit civil (Busby, 2013; Goubau, 2014). Le partage des compétences législatives au pays fait en sorte que les hôpitaux, l'organisation de la médecine et les droits civils sont du ressort des entités régionales, tandis que le droit criminel relève exclusivement du pouvoir fédéral. De tradition civiliste, la province du Québec peut ainsi légiférer en matière de filiation, mais non sur les actes prohibés relevant du Code criminel.

Cette section n'a pas la prétention de faire une recension exhaustive du droit canadien et québécois ou d'en produire une analyse comparée; l'objectif est plutôt de mettre en contexte les éléments normatifs qui participent à l'encadrement des maternités assistées. À cette fin, trois éléments apparaissent importants à relever ici au regard des deux paliers de gouvernement : 1) la *Loi sur la procréation assistée* qui criminalise au niveau fédéral les pratiques commerciales, mais autorisent les pratiques dites « altruistes »; 2) la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* qui encadre le système d'aide à la procréation dans la province et 3) le Code civil du Québec qui codifie les régimes de filiation et frappe de nullité les conventions de GPA.

2.3.1 Au niveau fédéral

Le droit et la société ne cheminent pas de façon simultanée; plus souvent qu'autrement, les changements juridiques surviennent *après* les avancées biotechnologiques et l'émergence de pratiques sociales et familiales inédites (Leckey, 2014). L'histoire de la régulation de la procréation assistée au Canada ne fait pas exception, comme le montre la longue route tortueuse menant à l'adoption de la *Loi sur la procréation assistée* (LPA) en 2004.

Dans la foulée du tapage médiatique entourant la naissance des premiers « bébés éprouvette »¹⁰ en Occident, la Commission de la réforme du droit en Ontario et l'Association médicale canadienne sonnent la sonnette d'alarme aux débuts des années 1980, partageant leurs préoccupations respectives quant à l'absence d'encadrement des pratiques de procréation assistée, dont la gestation pour autrui et le don d'ovules (Cattapan, Gruben et Cameron, 2018). Sous la pression de militantes et de chercheuses féministes et de groupes professionnels préoccupés par la santé reproductive des femmes, le gouvernement fédéral met sur pied en 1989 la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. Une vaste enquête sur « les progrès actuels et prévisibles de la science et de la médecine en matière de nouvelles techniques de reproduction, sur le plan de leurs répercussions sur la santé et la recherche, de leurs conséquences morales, sociales, économiques et juridiques » a alors été réalisée sous la présidence de Patricia A. Baird, menant à la publication du rapport intitulé *Un virage à prendre en douceur* (Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, 1993). Le principe de non-commercialisation est l'une des recommandations phares de ce rapport, perçu alors comme le moyen le plus efficace pour protéger les femmes de l'exploitation (Cattapan, 2014).

¹⁰ La Britannique Louise Brown, le premier enfant conçu à l'aide de la FIV au monde, est née en 1978. Au Canada et au Québec, les premiers « bébés éprouvette » sont quant à eux nés quelques années plus tard, soit respectivement en 1982 et en 1985.

Le rapport de la Commission a été tabletté pendant deux ans avant que le gouvernement fédéral émette finalement un communiqué suggérant un moratoire sur neuf technologies de la reproduction, dont la gestation pour autrui commerciale (mais non la GPA gratuite, ou altruiste). Différentes tentatives visant à proposer un encadrement à l'échelle canadienne ont été mises de l'avant, toutes mortes au feuillet au fil des procédures législatives¹¹. Ce n'est que des années plus tard qu'un projet de loi reçu l'aval de la Chambre des communes et du Sénat, résultant à l'adoption de la *Loi sur la procréation assistée* le 29 mars 2004. Quatre ans plus tard, en 2008, le Procureur général du Québec conteste avec succès la validité constitutionnelle de certaines dispositions de la Loi devant la Cour suprême du Canada, sous prétexte que l'assistance à la procréation et les activités de recherche connexes relèvent de la compétence des provinces en matière de santé et de droits civils, et non de droit criminel, qui est de juridiction fédérale (Goubau, 2014).

Au terme de ce débat juridique en décembre 2010, les articles *ultra vires*, c'est-à-dire ceux excédant le pouvoir législatif du Parlement canadien, ont été abrogés, tandis que les articles relevant du Code criminel qualifiant les actes interdits¹² ont été maintenus (Gruben et Cameron, 2014; Guichon, Mitchell et Doig, 2013). À l'heure actuelle, la *Loi sur la procréation assistée* autorise la concrétisation d'un projet parental à l'aide d'une GPA ou d'un don d'ovules du moment que les tierces ne soient pas rémunérées pour leur contribution. L'âge minimal est fixé à 21 ans pour les femmes porteuses, et à 18 ans pour les donneuses. En outre, ces dernières doivent consentir par écrit à la procédure menant au don, et peuvent retirer leur consentement du moment que leur matériau génétique ou l'embryon n'ait pas déjà été utilisé par autrui.

¹¹ Pour une analyse approfondie du parcours législatif ayant mené à l'adoption de la *Loi sur la procréation assistée* au Canada, voir les travaux de Nelson (2013) et Rivard et Hunter (2005), ainsi que l'ouvrage collectif *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy*, sous la direction de Vanessa Gruben, Alana Cattapan et Angela Cameron (2018).

¹² En vertu des articles 5 à 9 de la Loi reconnus en matière criminelle, les actes interdits comprennent entre autres la vente de gamètes ou d'embryons, la publicité pour encourager ce type de commerce, l'utilisation de gamètes ou d'embryons *in vitro* sans le consentement du tiers, ainsi que l'obtention de gamètes d'une personne mineure, sauf pour la préservation de la fertilité (avant d'entamer un traitement de chimiothérapie oncologique, par exemple).

La Loi interdit le don d'ovules et la gestation pour autrui à titre onéreux, de même que la rétribution d'une personne qui publicise de tels services en tant qu'intermédiaires. Toute personne qui contrevient à ces interdictions est passible d'une amende maximale de 500 000 \$ et un emprisonnement de 10 ans, ou l'une de ces deux peines¹³. Toutefois, la Loi autorise le remboursement des dépenses encourues faisant l'objet d'un reçu (Petropanagos, Gruben et Cameron, 2018). Les conditions particulières de chaque entente font en sorte qu'il est difficile de déterminer quelles dépenses sont admissibles ou non, et dans quelles circonstances les reçus sont requis (McLeod, 2018). Les règlements de l'article 12 de la Loi qui encadrent les dépenses admissibles n'ont toujours pas été adoptés (Baylis, Downie et Snow, 2014; Gruben et Cameron, 2014), ce qui signifie qu'il n'y a toujours pas de politique officielle pour guider les personnes impliquées, tant les parents d'intention que les tierces, dans l'élaboration de leur entente et sa teneur sur le plan monétaire.

Ainsi, une femme ne peut pas être rémunérée pour donner ses ovules ou porter un enfant pour autrui, mais peut se faire rembourser les dépenses liées au processus de don ou à sa grossesse telles que les médicaments et les déplacements pour les rendez-vous médicaux, les vêtements de maternité, etc. Une femme porteuse peut également se faire rembourser une perte de salaire pendant la grossesse, si elle doit être alitée pour préserver sa santé ou celle du fœtus. Dans un tel cas, un avis signé d'un médecin doit être obtenu. Ces exemples sont actuellement d'usage courant au Canada (Petropanagos, Gruben et Cameron, 2018).

L'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée, l'autorité fédérale responsable jusqu'alors de l'élaboration des politiques relevant de la *Loi sur la procréation assistée* et de leur application, a été abolie officiellement en 2012 (Baylis et Downie, 2013). Bien qu'ayant depuis pris le relais, Santé Canada ne dispose pas de mécanismes pour vérifier la conformité des ententes de procréation assistée par autrui au regard des dispositions de la Loi. Selon plusieurs observatrices et observateurs (Cattapan, 2013; Lavoie et Côté, 2018a; Nelson, 2018), le « flou juridique » qui perdure quant au remboursement des dépenses et l'inaction des

¹³ Depuis 2004, une seule personne a été condamnée pour avoir enfreint plusieurs articles de la Loi. Leia Swanberg (anciennement dénommée Leia Picard) s'est vue imposer une peine de 60 000\$ en 2013 pour avoir entre autres orchestré de manière lucrative des ententes de procréation assistée pour autrui, en plus d'avoir rémunéré des femmes porteuses et des donneuses d'ovules pour leurs contributions.

autorités fragilisent l'expérience des personnes concernées. « *The law is incomplete, out of date, and in urgent need of reform* », estime d'ailleurs la juriste Erin Nelson (2016, p. 124) qui, à l'instar de plusieurs analystes, critique la désuétude et l'inadéquation de la loi. En réponse à cet appel de réforme, Santé Canada a entrepris en 2016 des démarches de consultation en vue de renforcer la LPA. Néanmoins, la volonté de changements sur le plan politique demeure toujours incertaine (Cattapan, Gruben et Cameron, 2018). Au moment d'écrire la thèse, une consultation à l'échelle nationale est toujours en cours.

2.3.2 Au niveau provincial

Outre la loi fédérale, les pratiques de GPA et de don d'ovules sont aussi encadrées au niveau provincial par deux cadres normatifs, soit la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* et le Code civil du Québec.

2.3.2.1 Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée

Sanctionnée par l'Assemblée nationale en juin 2009 puis adoptée le 5 août 2010, la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* est venue combler à l'échelle provinciale une partie du vide laissé par l'abrogation des dispositions de la loi canadienne (gouvernement du Québec, 2009). À l'époque, l'un des arguments majeurs en faveur de son adoption était la volonté de diminuer le nombre de grossesses multiples et, par le fait même, leurs risques obstétricaux et le recours à des soins pédiatriques spécialisés. De fait, la Loi et ses règlements ont pour objectif d'assurer une pratique sécuritaire et éthique dans le domaine de la procréation assistée, en limitant par exemple le nombre d'embryons pouvant être implanté lors d'un cycle de FIV à un seul (ou deux embryons, dans certaines situations exceptionnelles pouvant justifier une telle procédure). La loi a aussi permis le déploiement d'un programme assurant la couverture publique et universelle des services de procréation assistée, une première en Amérique du Nord.

Entre 2010 et 2015, le Programme québécois de procréation assistée a été l'un des plus généreux et accessibles au monde, puisqu'il couvrait jusqu'à trois cycles de FIV pour les femmes munies d'une carte d'assurance maladie, et ce, sans égard à leur situation conjugale (en couple ou célibataire) ou leur orientation sexuelle. Selon Tulandi, King et Zelkowitz (2013), un tel financement public a permis d'augmenter l'autonomie reproductive des personnes concernées, en plus de garantir un accès équitable aux services pour l'ensemble de la population. En l'absence d'une réglementation et de balises médicales claires concernant les interventions cliniques, les cliniques de fertilité se sont dotées de politiques et de pratiques internes qui, à l'échelle de la province, variaient considérablement d'un établissement à l'autre (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014)

Par l'adoption de 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* (gouvernement du Québec, 2015), certaines dispositions de la loi de 2010 ont été amendées. Entrée en vigueur le 10 novembre 2015 dans un contexte d'austérité budgétaire imposée par le gouvernement libéral au pouvoir, la Loi a mis fin à la couverture publique de plusieurs services de procréation assistée, érigeant à nouveau des barrières d'accès à des populations moins nanties et freinant le développement des services de procréation assistée dans les établissements publics. Cette réduction drastique du financement public a aussi été conjuguée à un encadrement législatif des interventions cliniques, notamment par l'imposition de normes concernant les pratiques médicales dans le domaine.

À l'heure actuelle, les personnes ayant recours à la FIV peuvent se prévaloir de crédits d'impôt pour le traitement de l'infertilité, lesquels varient selon le revenu familial. Toutefois, plusieurs critères d'admissibilité viennent en réduire l'accès, dont celui de ne pas avoir eu d'enfant auparavant ou de ne pas avoir eu recours à la stérilisation chirurgicale volontaire par ligature des trompes ou par vasectomie, par exemple. Si auparavant les services de procréation assistée étaient disponibles aux femmes « en âge de procréer » et dispensés selon le jugement clinique du médecin traitant, ils sont désormais accessibles uniquement aux femmes âgées de 18 à 42 ans.

Différentes conditions s'appliquent aussi pour les tierces reproductrices, bien que des variations notables sont observées entre les cliniques (notamment l'âge maximal). Pour être éligibles au processus de don d'ovules, les candidates doivent être âgées de 18 à 34 ans (les limites d'âge peuvent varier selon les cliniques), être fertiles et en bonne santé, en plus de fournir leurs antécédents médicaux et subir certains tests (Centre universitaire de santé McGill, 2017; Société canadienne de fertilité et d'andrologie, 2016). Les femmes porteuses, quant à elles, sont âgées de 21 à 39 ans et doivent déjà être mères d'un enfant avant d'entamer le processus de GPA. Les grossesses antérieures doivent avoir été menées à terme sans complication majeure. Certaines cliniques de fertilité exigent aussi une lettre attestant d'une consultation avec un avocat avant le début des traitements. La plupart exigent également que toutes les femmes qui entreprennent un traitement (dont les donneuses d'ovules et les femmes porteuses) aient un « poids santé », soit un indice de masse corporelle (IMC) sous 35.

D'autres critères d'exclusion pour les femmes porteuses peuvent s'appliquer selon l'établissement (Clinique Ovo, 2017; Collège des médecins du Québec, 2015; Société canadienne de fertilité et d'andrologie, 2016), par exemple le fait d'avoir une relation intergénérationnelle avec les parents d'intention, avoir vécu cinq grossesses ou plus, avoir déjà porté un enfant pour autrui à deux reprises, avoir eu deux césariennes ou plus, présenter un historique de dépression ou un trouble de personnalité, ou encore, avoir un mode de vie qualifié « d'instable ». Enfin, l'ensemble des personnes impliquées dans une entente de procréation assistée par autrui doivent participer à une consultation avec une professionnelle membre de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) ou de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) leur permettant de discuter de leur projet en vue d'une prise de décision éclairée.

Les services de procréation assistée sont offerts dans trois types d'établissements de santé à travers la province, selon la technique requise et son niveau de complexité : 1) les centres

régionaux désignés¹⁴; 2) les centres de procréation assistée¹⁵, et 3) les centres hospitaliers universitaires¹⁶. L'induction de l'ovulation, l'insémination intra-utérine et certaines activités liées à la FIV peuvent être pratiquées dans les premiers, tandis que le prélèvement d'ovules, la FIV proprement dite et le transfert d'embryon sont réalisés dans les deuxièmes. Enfin, le diagnostic génétique préimplantatoire n'est possible que dans les troisièmes.

2.3.2.2 Le Code civil du Québec

Bien que l'État québécois reconnaisse le recours à des tiers donneurs pour la concrétisation d'un projet parental porté par une personne seule ou un couple, les contrats impliquant une GPA n'ont aucune validité et sont considérés « nul de nullité absolue » selon l'article 541 du Code civil du Québec. L'indisponibilité du corps humain et le maintien de l'ordre public sont les deux principes qui motivent une telle position (Bureau et Guilhermont, 2011; Moore, 2013). Pour autant, cela ne signifie pas que la pratique est illégale, mais bien que les conventions n'aient aucune valeur au Québec et ne soient pas exécutoires, contrairement aux autres provinces canadiennes (Busby, 2013).

Une femme qui accouche au Québec est reconnue comme la mère de l'enfant. Le constat de naissance est ainsi combiné à la déclaration de naissance. Le premier est un formulaire rempli par le médecin ou la sage-femme qui confirme l'identité de la personne qui vient

¹⁴ Les centres régionaux désignés visent à offrir une partie des services de procréation assistée aux personnes qui habitent à l'extérieur des grands centres urbains. Quatre centres régionaux publics sont actuellement désignés, soit l'Hôpital de Chicoutimi du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et le Centre hospitalier universitaire de Québec.

¹⁵ Considérés comme des centres spécialisés pouvant être assimilés à des services de troisième ligne, les centres de procréation assistée détiennent un permis délivré par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et sont dotés d'un laboratoire d'embryologie et d'andrologie. Outre les trois hôpitaux universitaires (voir la note suivante), les centres de procréation assistée certifiés sont en cabinet privé : les cliniques Procréa de Montréal, Québec et Gatineau, la clinique Ovo à Montréal, le Centre de fertilité de Montréal, OriginElle clinique de fertilité et centre de santé de la femme (anciennement le Centre de reproduction de Montréal) et la clinique Fertily à Laval.

¹⁶ Il s'agit du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

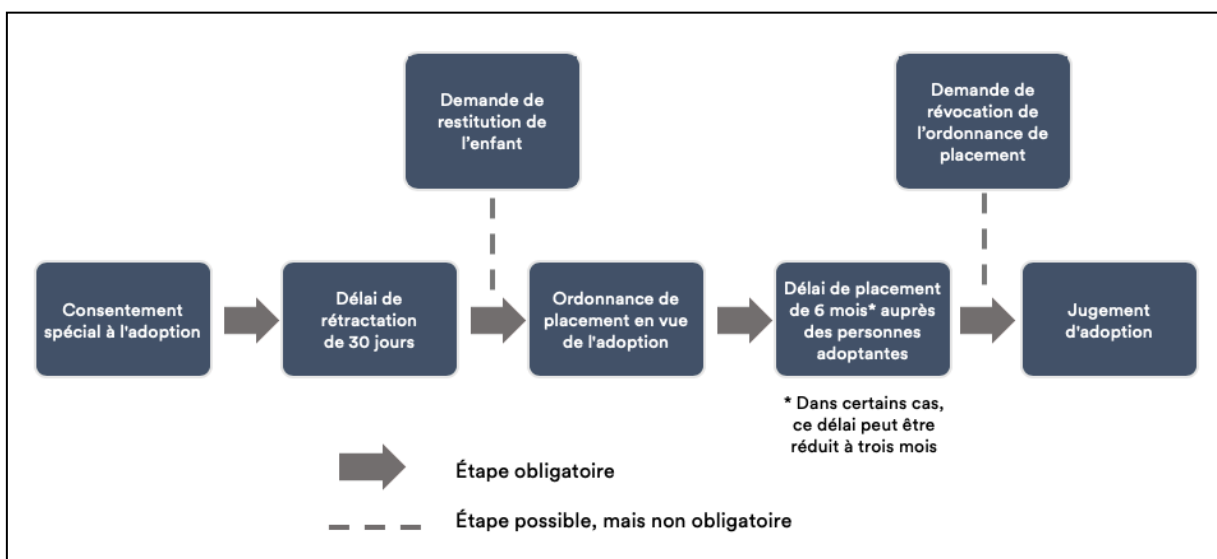
d'accoucher, puis transmis au Directeur de l'état civil. Ce constat est nécessairement pour faire une demande de prestation auprès du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) pour le congé parental et de paternité, par exemple. La seconde doit être envoyée directement au Directeur de l'état civil au plus tard 30 jours après la naissance de l'enfant pour l'inscrire dans le registre. Cette inscription est nécessaire pour établir l'identité de l'enfant – prénom(s) et nom(s), marqueur de sexe (homme ou femme) – ainsi que sa filiation, de même que pour obtenir un certificat d'acte de naissance lui permettant d'accéder à différents programmes et services gouvernementaux.

Bien que le don d'ovules et la GPA soient considérés comme des pratiques de procréation assistée, ce sont pourtant les règles de filiation dites « par le sang » qui s'appliquent à la naissance (et non celles prévues par le régime de filiation par procréation assistée), et ce, peu importe si la femme qui accouche de l'enfant en est la génitrice ou non (Malacket, 2015). Ainsi, une femme qui a eu recours à un don d'ovules pour concevoir sera automatiquement reconnue comme la mère de son enfant, contrairement à celle qui a confié la grossesse à une autre femme. En pratique, lorsqu'un enfant naît d'une gestation pour autrui au Québec, il a initialement comme parents la femme porteuse et l'homme à l'origine de sa conception. Contrairement à l'état actuel du droit familial en Ontario et en Colombie-Britannique¹⁷, les membres du couple d'intention ne peuvent pas être reconnus tous les deux comme ses parents légaux dès la naissance (Bureau et Guilhermont, 2011). Ils n'auront d'ailleurs aucun recours juridique si la femme porteuse change d'avis et décide de conserver sa filiation maternelle. De même, cette dernière ne pourra pas forcer un parent d'intention n'ayant pas un lien génétique à adopter l'enfant et à s'en occuper si l'entente est dissoute en cours de grossesse ou à la naissance du bébé. Pour régulariser la situation, c'est-à-dire pour que la filiation de l'enfant soit établie avec l'autre parent d'intention (mère ou père), le recours à l'adoption par consentement spécial est la voie utilisée (article 555 du Code civil du Québec).

¹⁷ En vertu du *All Families Are Equal Act* (gouvernement de l'Ontario, 2016) et du *Family Law Act* (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2011), les parents d'intention d'un enfant né par GPA dans ces deux provinces peuvent, sous certaines conditions, être inscrits sur l'acte de naissance par une simple démarche administrative, sans devoir s'astreindre à un processus d'adoption ni recourir aux tribunaux.

La femme ayant donné naissance doit d'abord se départir de ses droits et responsabilités parentales en tant que mère légale et consentir à l'adoption de l'enfant. Elle dispose d'un délai de 30 jours pour retirer son consentement. Une demande d'ordonnance de placement peut ensuite être déposée, permettant au parent non statuaire de se prévaloir d'un congé d'adoption. Lorsque les conditions sont remplies et qu'aucune demande de restitution de l'enfant n'a été émise, le tribunal prononce une ordonnance de placement valable jusqu'à la fin du processus d'adoption pouvant durer entre trois à six mois. Cette ordonnance accorde à la conjointe ou au conjoint du père l'exercice de l'autorité parentale à l'égard de l'enfant. Après ce délai, un jugement d'adoption peut être rendu. Le tribunal doit alors trancher en fonction des lois existantes sur la filiation et de la jurisprudence en la matière. La figure suivante, adaptée du *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* (gouvernement du Québec, 2010, p. 50), présente les étapes du processus d'adoption par consentement spécial au Québec.

Figure 2. Processus d'adoption par consentement spécial au Québec



Au regard des décisions rendues depuis 2007, deux courants jurisprudentiels s'affrontent sur la question de l'établissement de la filiation d'un enfant né par GPA (Giroux, 2014; Tremblay, 2015). La position majoritaire soutient que le placement pour adoption constitue le meilleur intérêt de l'enfant. La seconde position affirme plutôt que de faire droit au placement pour adoption dans un tel contexte porte atteinte à l'ordre public (Giroux, 2011). En 2014, la

Cour d'appel, dans l'arrêt *Adoption – 1445*, a statué qu'un couple hétérosexuel pouvait procéder de cette façon pour faire reconnaître la filiation d'un enfant né par GPA, bien qu'elle considère qu'il s'agisse de la « solution la moins insatisfaisante » (Langevin, 2015). Le recours à cette solution a récemment été confirmé par un autre de ces arrêts, soit *Adoption– 161* rendu en janvier 2016¹⁸.

Cet imbroglio juridique incite plusieurs spécialistes à revendiquer une réforme en profondeur du droit de la famille (Carsley, 2018; Côté, et Sauvé, 2016; Langevin, 2010; Tremblay, 2018), afin que ce dernier assure le « meilleur intérêt » de l'enfant et la protection de la femme porteuse de manière adéquate, et reflète davantage les réalités familiales contemporaines.

2.4 Les filières d'accès

Les personnes impliquées dans une entente de GPA ou de don d'ovules peuvent emprunter trois filières d'accès (Prosser et Gamble, 2016), qui représentent autant de « portes d'entrée » dans le processus de procréation assistée : 1) la famille et l'entourage; 2) les intermédiaires privés telles les agences spécialisées et les banques de gamètes et 3) les réseaux socionumériques.

Au regard de ces filières d'accès, les pratiques de GPA et de don d'ovules se situent sur deux axes (Schamps et Sosson, 2013). Le premier réfère à la proximité relationnelle entre les personnes concernées, avec un pôle évoquant les membres de l'entourage et un autre plus distant, réunissant des personnes jusqu'alors inconnues. L'autre axe concerne les considérations financières, attribuant de façon schématique la gratuité d'une entente de procréation assistée par

¹⁸ Dans cette situation, la femme porteuse n'avait pas déclaré sa filiation maternelle au Directeur de l'État civil. Pour la Cour de première instance, cela impliquait qu'elle ne pouvait consentir à l'adoption par consentement spécial, puisque non déclarée. Dans cette cause, la femme porteuse avait clairement exprimé sa volonté de ne pas être reconnue comme mère de l'enfant, alors que les parents souhaitaient que le conjoint du père biologique soit également reconnu père de l'enfant. Pour le Tribunal, cela aurait pourtant constitué une « fraude à la loi » permettant une « démarche illégale et contraire à l'ordre public » du fait que la mère n'apparaissait pas sur la déclaration de naissance de l'enfant. La Cour d'appel a plutôt considéré que cette lecture était erronée et que l'intérêt de l'enfant commandait qu'une ordonnance de placement en vue de son adoption éventuelle soit prononcée.

autrui à la sphère familiale et amicale, et le rapport commercial à celle organisée par l'entremise des intermédiaires privés. À cela s'ajoute le type d'entente établie entre les personnes concernées, soit une entente formalisée par contrat ou une entente informelle à l'amiable.

Au Canada, environ le quart des femmes qui ont porté un enfant pour autrui connaissaient déjà les parents d'intention avant de s'engager dans le processus (Dar et al., 2015). Elles partageaient donc un lien relationnel avec eux en tant que sœurs, cousines ou amies, voire comme collègues de travail ou simples connaissances. Comme le remarque Thompson (2005, p. 150) pour le cas étasunien, chaque filière participe à sa façon à la « fabrication » des mères : *« A combination of intent, financial transaction, and genetics trace maternity through the various bodies producing the baby in commercial surrogacy. In noncommercial gestational surrogacy, an emotional or a familial commitment takes the place of a financial transaction »*. Les instances régulatrices reconnaissent l'intérêt que peut représenter un processus de procréation assistée réunissant des personnes connues (confiance réciproque, histoire familiale ou amicale commune, réduction des coûts, etc.), mais soulignent également les risques de coercition qu'un rapport relationnel peut camoufler, ou encore les ambiguïtés que les arrangements au sein de la famille peuvent entraîner sur le plan des liens de parenté (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2017).

Malgré l'interdiction fédérale, il existe plusieurs intermédiaires qui offrent leurs services de consultation au Canada et dont les activités sont néanmoins tolérées (Nelson, 2018). Le rôle de ces agences privées¹⁹ consiste à assurer la gestion des projets de GPA, en accompagnant les parents d'intention et les femmes porteuses tout au long du processus, mais aussi en coordonnant les actions des agents impliqués (cliniques médicales, cabinets d'avocats, hôpitaux, etc.). Le recours à un intermédiaire privé comme filière d'accès à la GPA peut présenter plusieurs avantages pour les parents d'intention, notamment l'évaluation physique et psychologique des femmes qui se portent candidates et l'appariement avec l'une d'elles pour la concrétisation du

¹⁹ Plusieurs agences canadiennes publicisent en ligne leurs services de consultation. Une recherche rapide sur les moteurs de recherche m'a permis d'en identifier plusieurs, dont Canadian Surrogacy Options, Canadian Fertility Consultants, ANU Fertility Consultants, Surrogacy in Canada Online et Proud Fertility.

projet. Les frais associés à cette démarche sont cependant élevés (entre 60 000 et 100 000\$), limitant ainsi son recours à des personnes ou des couples disposant de moyens financiers conséquents ou étant prêts à s'endetter. Le tableau suivant offre une estimation des coûts associés à un processus de GPA gestationnelle selon une agence canadienne²⁰ :

Tableau I. Estimation des coûts d'une GPA gestationnelle au Canada

Dépenses à considérer	Coûts approximatifs
Cycle de fécondation in vitro Selon les frais exigés par la clinique, le nombre de cycles de FIV effectués, le recours ou non à un dépistage génétique préimplantatoire (DGP) ou à un diagnostic préimplantatoire (DPI), etc. Le tarif le plus bas est pour ceux qui ont déjà des embryons congelés.	10 000 – 20 000 \$ +
Évaluation médicale	800 – 1 500 \$
Évaluation psychologique de la femme porteuse Consultation psychosociale des parents d'intention Frais additionnels de 300 \$/heure pour un service de médiation, au besoin	800 – 1 000 \$
Dépenses de la femme porteuses avant la grossesse Ce sont des dépenses remboursables (avec reçus) qui couvrent les frais de voyage vers la clinique de fertilité (essence, kilométrage, gardiennage, perte de salaire, frais de repas et de subsistance, hébergement, etc.).	1 500 – 3 000 \$ +
Dépenses de la femme porteuse pendant la grossesse et la période postpartum Ce sont des dépenses remboursables (avec reçus) qui incluent les vêtements de grossesse, la nourriture, les frais de gardiennage, les frais de voyage, une perte de salaire, la médication, etc.).	18 000 – 25 000 \$ +
Frais additionnels (selon les circonstances) <ol style="list-style-type: none"> 1. Accouchement par césarienne 2. Naissances multiples 3. Alitement (peut durer de 1 à 20 semaines). Ces dépenses couvrent les frais de garderie, de service ménager et de préparation de repas, de perte de salaire.	1. 0 – 3 000 \$ 2. 0 – 3 000 \$ 3. 0 – 10 000 \$

²⁰ Les informations contenues dans ce tableau proviennent directement du site Internet de l'agence Surrogacy in Canada Online [<https://surrogacy.ca/intended-parents/cost-of-surrogacy.html>, page consultée le 1^{er} février 2019, traduction libre], lesquelles ont été publiées dans l'avis produit par le Conseil du statut de la femme (CSF, 2016, p. 98-99). Depuis la consultation du même site par le CSF en 2015, on remarque une hausse des frais de consultation de l'agence d'environ 3 000 \$.

Frais juridiques pour la représentation des deux parties Les frais varient selon la province de naissance de l'enfant.	8 000 – 10 000 \$
Police d'assurance pour la femme porteuse et sa famille (1 an)	300 – 500 \$
Diagnostic génétique – optionnel (selon la province) Pour s'assurer que l'enfant soit lié génétiquement au(x) parent(s) d'intention	0 – 1 500 \$
Frais de consultation d'une agence – optionnel Les frais de consultation au Canada varient entre 5 000 et 20 000 \$. Les honoraires de Surrogacy in Canada Online sont de 5 750 \$ (+ taxes)	0 – 20 000 \$

En ce qui concerne le don d'ovules, les parents d'intention peuvent aussi se tourner vers des agences²¹. Or, les donneuses canadiennes qui acceptent de faire un don sans connaître préalablement le couple receveur étant peu nombreuses, une telle offre est limitée au Canada. La plupart des agences et des cliniques de fertilité établissent alors des ententes avec des banques de gamètes internationales, aux États-Unis ou en Espagne, par exemple. Cette circulation des ovules n'est toutefois possible que depuis une dizaine d'années, grâce à la maîtrise de la vitrification. En vertu de la *Loi canadienne sur la taxe d'accise* (gouvernement du Canada, 1985), la « fourniture de sperme humain » est détaxée, contrairement aux ovules qui sont vendus en lot (cinq à neuf œufs vitrifiés, en général) pour un montant de plus de 20 000\$, auxquels s'ajoutent plusieurs milliers de dollars de taxes. Ce traitement différencié pour l'achat de gamètes s'explique par l'obsolescence de la loi qui, depuis son adoption, n'a toujours pas été mise à jour pour y inclure les ovules.

En marge de deux premières filières d'accès, une troisième voie émerge comme mode de mise en relation entre les parents d'intention et les tierces reproductrices. Les réseaux sociaux numériques, avec l'apparition de plateformes telles que les groupes Facebook, offrent en effet un espace pour discuter de la pratique, demander des conseils, offrir du soutien et entrer en contact avec d'autres internautes pour négocier et établir une entente (Berend, 2016;

²¹ Plusieurs intermédiaires œuvrant dans le domaine du don de gamètes s'avèrent être des branches spécialisées d'agences de GPA, par exemple Little Miracles opérée par Canadian Surrogacy Options, ainsi que Proud Fertility. D'autres comme Tiny Feet Fertility se consacrent exclusivement au don d'ovules.

Ravelingien, Provoost et Pennings, 2016). Bien que l'ampleur du phénomène soit difficile à mesurer, l'émergence de cette offre d'aide à la procréation en dehors des filières conventionnelles s'est accentuée avec la démocratisation d'Internet et l'avènement du Web 2.0, comme en témoigne la multiplication des groupes et des forums qui lui sont consacrés. De fait, au Canada et ailleurs dans le monde, il existe une offre non négligeable de don d'ovules ou d'entente de gestation qui circule par le biais de sites Internet créés « par et pour » les personnes directement concernées (Lavoie et Côté, 2018b). La régulation des échanges ne repose donc pas sur la dynamique relationnelle au sein de la famille ni sur les modalités contractuelles des agences, mais se construit à partir des interactions en ligne.

2.5 Les expériences vécues

Dans cette dernière section, l'attention se tourne sur les expériences psychosociales et les discours des femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules, pour y saisir le rapport qu'elles entretiennent à l'égard de la maternité. Animé par ma question de recherche, je souhaite ainsi mettre en lumière les pratiques sociales qu'elles déploient pour naviguer à travers les cadres normatifs et faire sens de leur apport respectif dans le processus de procréation assistée. Tout comme Bestard et Orobitg (2009, p. 279), je vise à documenter l'agentivité et la créativité qui se dégagent de leurs faits et gestes :

Dans leur expérience, elles donnent sens aux nouveaux événements qui dérivent de l'application des techniques de procréation. Ce travail créatif n'est pas une simple reconnaissance des faits auparavant connus; il confère du sens aux interventions techniques, les transformant en événements de la reproduction sociale.

Réunissant les constats empiriques disséminés à travers les écrits et rarement réunis dans une même visée de conceptualisation (Thornberg, 2012), j'identifie trois mouvements qui distinguent les stratégies déployées par les femmes pour s'approprier la maternité ou, au contraire, la mettre à distance. Le premier mouvement, *la naturalisation*, représente la propension des mères d'intention à vouloir légitimer leur maternité en la rapprochant le plus possible d'une conception naturaliste de la procréation. Le deuxième, *la compartimentation*, réfère au labeur procréatif que les femmes porteuses déploient pour aménager une place à

l'entente de GPA dans leur vie, délimitant et séparant les éléments qui en sont affectés pendant la grossesse. Le troisième, *la désincarnation*, concerne le point de vue des donneuses d'ovules à propos de leur contribution génétique, et leur inclination à considérer leurs gamètes comme un objet extérieur à leur identité personnelle. Puisque « le corps n'est pas seulement un moyen parmi d'autres d'entrer en filiation, remarquent Delaisi de Parseval et Collard (2007, p. 41), mais bien un moyen *privilegié* », il n'est pas étonnant de constater que ces mouvements sont tous enracinés dans des expériences corporelles singulières.

2.5.1 Naturaliser les maternités assistées

Les femmes infertiles vivent une gamme d'émotions face à l'échec de la conception : honte, culpabilité, stress, anxiété et solitude sont directement associés à leur expérience émotionnelle et affective de l'infertilité (Birmingham, 2011; Desrosiers, Lalande, deMontigny, Zeghiche et Polita, 2018; Péloquin et Lafontaine, 2010). Nombre d'études documentent le sentiment de deuil qui les habitent (Cailleau, 2005), soulignant ses effets délétères potentiels sur la dynamique conjugale (Onat et Beji, 2012). Près du quart des couples vivent en effet une détresse face au diagnostic (Greil, Slauson-Blevins et McQuillan, 2010; Verhaak, Lintsen, Evers et Braat, 2010), lequel serait interprété et vécu différemment selon le genre des partenaires (Becker, 2000; Mathieu, 2017; Rozée et Mazuy, 2012). L'anthropologue française Agnès Fine (2001, p. 67) affirme que les hommes la ressentent comme une forme d'impuissance, tandis que les femmes la vivent comme « un malheur affectant leur identité de femme » et une menace pour leur harmonie conjugale.

La « faille identitaire » identifiée par l'anthropologue pourrait expliquer selon elle la détermination des femmes à supporter les contraintes et les douleurs induites par les traitements médicaux, et ce, qu'elles soient ou non la « cause » de l'infertilité du couple. Face à ces difficultés, certains couples infertiles se tournent vers la procréation médicalement assistée pour pallier leur infertilité et concrétiser leur désir d'enfant (Châteauneuf, 2011b; Shayestefar et Abedi, 2017). À cela, Deech et Smajdor, (2007, p. 87) ajoutent que se sont surtout les femmes qui reçoivent le blâme de la conception non advenue et vivent le cas échéant avec le stigma du recours à ces techniques : « *Even though both men and women may suffer from infertility or*

wish to create their families using reproductive technologies, it is women who bear the risks and burdens of treatments, and who will usually bear the blame and carry the stigma when treatment is deemed unnatural or unethical ». La sociologue Laurence Tain (2009) et l'anthropologue Gay Becker (2000) en arrivent aux mêmes conclusions dans leurs travaux sur la médicalisation de l'infertilité en France et aux États-Unis.

Les mères d'intention ont alors recours à différents moyens pour humaniser l'ingénierie et la technicité des procédures médicales perçues comme contraire à une maternité « authentique » qui leur échappe (Kirkman, 2008; Thompson, 2005). La psychologue belge Françoise Cailleau (2013, p. 152) analyse cette expérience au prisme de cinq logiques de la filiation (culturelle, corporelle, symbolique, relationnelle et psychique) qui, dans un rapport dialogique, permet de « conceptualiser les pratiques parentales dans laquelle s'opère la transition d'une mère à l'autre ». Dans la foulée de son étude ethnographique au sein de cliniques de fertilité californiennes, la chercheuse Charis Thompson (2001) propose pour sa part le concept de « naturalisation stratégique » (*strategic naturalizing*) pour référer aux stratégies discursives déployées par ces femmes pour légitimer leur maternité dans l'univers de la parenté. Ce mouvement de naturalisation se situe également dans le registre de l'agir, puisqu'il a pour but de consolider la place de la mère d'intention en la réaffirmant par des actions concrètes : l'appariement des gamètes, la prise en charge des suivis médicaux, les rituels de grossesse et l'allaitement en sont des exemples, chacun étant résumé ici à l'aide de travaux pertinents.

En assumant la gestation grâce au don d'ovules, les femmes privées de leurs fonctions ovocytaires conduisent la grossesse à terme et mettent elles-mêmes au monde leur enfant. La plupart ne se considèrent pas stériles, mais seulement infécondes (Pulman, 2010). « [Leur] participation corporelle à l'enfantement contrebalance [leur] incapacité à féconder », résume Mehl (2011, p. 29). Elles sont toutefois soucieuses de préserver la « vraisemblance familiale » et consolider l'appartenance de l'enfant à leur lignée. Certaines caractéristiques physiques telle la couleur de la peau, des cheveux et des yeux, de même que la taille et la corpulence sont alors retenues chez la donneuse pour que l'enfant à naître leur ressemble le plus possible (Fortier, 2009). Ce sont aussi des éléments considérés par les cliniques de fertilité pour l'appariement phénotypique entre la donneuse et la receveuse (Homanen, 2018). Bien que cette préoccupation

d'appariement soit plus prégnante dans le discours des hommes infertiles selon Almeling (2014), elle serait aussi mise de l'avant par les futures mères afin d'atténuer les différences morphologiques entre elles et leur enfant, mais aussi pour écarter le « soupçon d'adultère » (Collard et Zonabend, 2013, p. 45). En effet, si la grossesse atteste publiquement de la maternité de la femme stérile, la dissemblance physique de l'enfant vient paradoxalement semer le doute quant au lien génétique du père, dont la filiation biologique demeure présumée.

Dans le but d'affirmer leur statut maternel, les mères d'intention impliquées dans une entente de GPA déploient quant à elles une énergie considérable pour orchestrer l'entente de procréation assistée par autrui et en assurer le suivi. Les travaux empiriques réalisés en Europe, en Amérique du Nord et en Israël montrent tous qu'en s'impliquant tout au long du processus prénatal, les futures mères nourrissent la conviction de contribuer à la venue au monde de *leur* enfant (Courduriès, 2018b; Malmanche, 2014; Ragoné, 1996; Teman, 2010). Par leur présence soutenue auprès de la femme porteuse lors des rendez-vous médicaux, elles vivent par procuration les aléas de la grossesse en tant que participantes actives, plutôt que simples observatrices extérieures. Cet investissement dans le processus d'enfantement les amène à développer une relation privilégiée et exclusive avec la femme porteuse (Malmanche, 2014; Teman, 2018b), qui se traduit souvent par une proximité physique entre les deux femmes et, conséquemment, un rôle plus effacé de la part du père. En effet, comme l'observe Françoise Cailleau (2013, p. 27) : « La force centripète réduit progressivement le cercle relationnel aux échanges entre les deux femmes avec comme conséquence de déplacer progressivement les pères d'intention en position périphérique », une « mise en périphérie » du père d'intention relevée aussi par Malmanche (2014) dans sa recherche sur l'expérience de GPA transnationale vécue par des couples français.

Différents rituels typiquement associés au rôle maternel et culturellement connotés sont réalisés par ces mères, tant par un souci de conformité à l'expérience conventionnelle de la maternité que le souhait de s'en approcher le plus possible (Cailleau, 2016; Ivry et Teman, 2017). La préparation d'un livre de naissance et l'achat de vêtements et de produits pour la grossesse en sont des exemples. Certaines femmes rencontrées par Teman (2010) vont même jusqu'à prendre du poids pour simuler les transformations du corps après un accouchement,

renvoyant ainsi une image plus vraisemblable d'une mère avec son nouveau-né. Au moment de l'accouchement, elles sont souvent aux côtés de la femme porteuse pour accueillir leur enfant la première, et rompre le cordon ombilical. Memmi (2014, p. 210) y voit différents moyens pour incarner la maternité :

Avant la naissance (accompagner la mère porteuse aux visites médicales et aux échographies, écouter le bébé in utero), pendant (participer à l'accouchement de manière active) et après (couper le cordon ombilical), les mères d'intention font tout ce qui est préconisé depuis trente ans aux « bons » pères. Mais, signe des temps, l'imitation ne vise plus ici à introduire un peu d'égalité entre hommes et femmes dans la charge de la procréation, mais à naturaliser la mère d'intention.

À l'instar d'autres femmes n'ayant pas porté leur enfant telles les mères adoptives (Gribble, 2006; Szucs, Axline et Rosenman, 2010), lesbiennes (Zizzo, 2009) ou trans (Reisman et Goldstein, 2018), les mères d'intention qui ont recours à la GPA peuvent stimuler la lactation pour être en mesure d'allaiter elles-mêmes leur nouveau-né (Zingler et al., 2017). La production de lait maternel est rendue possible grâce à la stimulation des glandes mammaires et la production de prolactine et d'ocytocine chez la femme, à travers une combinaison de techniques, de prise de médicaments et de dispositifs d'aide à la lactation déployée quelques mois avant la naissance. L'allaitement est alors entretenu par la tétée du nourrisson. Selon Geneviève Delaisi de Parseval et Chantal Collard (2007), la popularité croissante de cette pratique au Canada et aux États-Unis montre que l'allaitement est perçu comme un moyen charnel privilégié pour la création et la consolidation du lien parent-enfant, en plus d'être fortement accolé à la spécificité maternelle.

Ces expériences vécues par les mères d'intention contrastent en partie avec celles rapportées par les couples d'hommes qui se tournent vers la GPA pour accéder à la paternité (Norton, Hudson et Culley, 2013), lesquelles ont fait l'objet de plusieurs publications au cours

des dix dernières années²². Contrairement à la trajectoire des mères hétérosexuelles, celle des pères gais qui choisissent ce contexte d'accès pour fonder une famille n'est pas associée à l'infertilité, mais bien à un parcours procréatif qui déroge aux normes hétéronormatives de la famille et aux normes de genre quant à l'exercice de la parentalité (Blake, Carone, Raffanella, Slutsky, Ehrhardt et Golombok, 2017). La préoccupation d'appariement génétique est relevée dans les recherches (Dempsey, 2013), de même que l'implication du couple auprès de la femme porteuse pendant le processus. Cette dernière fait d'ailleurs souvent partie de l'histoire familiale (Carone, et al., 2018; Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Gross, 2018).

2.5.2 Porter un enfant pour autrui et compartimenter le corps

L'expérience psychosociale des femmes porteuses fait l'objet d'une attention particulière depuis de nombreuses années (Ciccarelli et Beckman, 2005; Pizitz, McCullaugh et Rabin, 2013; Ruiz-Robledillo et Moya-Albiol, 2016; van den Akker, 2007). Plusieurs méta-analyses et recensions des écrits ont d'ailleurs été publiées (Busby et Vun, 2010; Edelmann, 2004; Jacob-Wagner, 2018; Jadva, 2016; Söderström-Anttila, Wennerholm, Loft, Pinborg, Aittomäki, Romundstad et Bergh, 2016; van den Akker, 2017), permettant de dégager certains constats au regard de ce corpus de connaissances à la fois quantitatives et qualitatives qui gagne en robustesse. Outre les motivations des femmes, leur sentiment de filiation et d'attachement envers l'enfant, ainsi que leur santé mentale postpartum sont les thèmes les plus souvent abordés dans les recherches.

²² Bien que les situations de GPA impliquant des couples gais soient moins fréquentes que celles impliquant des couples hétérosexuels (Dar et al., 2015), ces cas de figure attirent pourtant vivement l'attention de la communauté scientifique. Plusieurs recherches ont été menées dans différents pays, par exemple au Canada (Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Fantus, 2017; Kashmeri, 2008), aux États-Unis (Bergman, Rubio, Green et Padrón, 2010; Murphy, 2013; Smietana, 2017a, 2018), en France (Gross, 2012; Gross et Mehl, 2011), en Italie (Carone, Lingiardí, Chirumbolo et Baiocco, 2018), en Australie (Riggs, 2016; Riggs, Due et Power, 2015), en Espagne (Smietana, 2017b) et en Grande-Bretagne (Golombok, Blake, Slutsky, Raffanella, Roman et Ehrhardt, 2018). Selon Golombok (2015) et Gross (2015), cet engouement pourrait s'expliquer par la visibilité croissante de la paternité gaie, mais aussi par l'intérêt scientifique que recèle l'homopaternité et ses déliaisons entre le désir d'enfant, la procréation, la mise au monde et les soins à l'enfant.

Les femmes nord-américaines, européennes et israéliennes qui acceptent de porter un enfant pour autrui rapportent différentes motivations : être enceinte et vivre à nouveau la grossesse (Fisher, 2011), poser un geste noble et significatif (Ragoné, 1994), ressentir une grande fierté en permettant à un couple infertile ou infécond de devenir parents (Blyth, 1994; Fantus, 2017; Teman, 2010), repayer une « dette » contractée plus tôt dans sa vie (Jadoul, Gustin, Coman, Autin et Duret, 2016), apaiser une blessure (Hohman et Hagan, 2001; Kanefield, 1999), obtenir une compensation financière (Baslington, 2002; Kleinpeter et Hohman, 2000; Teman, 2010) ou encore, incarner un modèle d'abnégation pour ses propres enfants (Jadva, Murray, Lycett, MacCallum et Golombok, 2003). Ces motivations ne sont pas mutuellement exclusives, puisque les femmes porteuses évoquent souvent plus d'un motif pour expliquer leur implication dans le projet parental d'autrui (Jacob-Wagner, 2018).

Plusieurs études de terrain visant à documenter les expériences des femmes porteuses ont aussi été réalisées en Inde, dont les travaux précurseurs d'Amrita Pande (2014) réalisés dans le Gujarat, ainsi que ceux de Sharmila Rudrappa (2015) à Bangalore et de Daisy Deomampo (2013) à Mumbai dans l'État du Maharashtra. La principale motivation mentionnée par ces femmes est l'aspect financier. L'argent ainsi gagné est un gage d'amélioration du statut économique de leur famille, puisque la rémunération pour une grossesse pour autrui représente l'équivalent de cinq à huit ans de travail à temps plein. Pande (2014) estime que les femmes indiennes ne sont pas forcées par leur partenaire, puisque c'est souvent elles qui initient la discussion au sein du couple pour obtenir l'adhésion de leur mari, laquelle est obligatoire et exigée par les cliniques médicales lors de la signature du contrat. L'enquête menée par Rudrappa (2014) dans l'État de Karnataka montre pour sa part que certaines femmes optent pour la GPA afin d'éviter de travailler dans l'industrie textile, où les conditions de travail sont médiocres et où les violences sexuelles perpétrées par les hommes de l'entreprise sont monnaie courante. Porter un enfant pour autrui, en étant très bien rémunérée et en bénéficiant d'un suivi médical et nutritionnel autrement inaccessible, apparaîtrait comme une alternative intéressante sur le plan économique, voire une stratégie de survie pour certaines femmes.

Les femmes porteuses sont en général très satisfaites de leur expérience de GPA et en gardent même un excellent souvenir des années plus tard (Jadva, Imrie et Golombok, 2015), ce qui contraste avec le portrait dramatique dépeint parfois dans certains écrits théoriques. Les recherches empiriques témoignent surtout du lien relationnel noué entre les adultes, et de la fierté ressentie par les femmes porteuses d'avoir créé une famille (Jacob-Wagner, 2018; Jadva et al., 2003). Les insatisfactions découlent surtout du rapport entretenu entre les personnes impliquées dans l'entente, où la froideur de la relation, l'absence de reconnaissance ou le manque de confiance sont perçus négativement par la femme porteuse (Hohman et Hagan, 2001; Imrie et Jadva, 2014).

Le discours des femmes canadiennes, étasuniennes et britanniques engagées dans un processus de GPA est imprégné de la notion de « don de soi » (Fisher et Hoskins, 2013; Jacobson, 2016; Jadva, 2014; Ragoné, 1994; Berend, 2012), parfois associée à un « sens du devoir », comme c'est le cas chez les femmes israéliennes (Teman, 2010) ou les épouses de militaires (Ziff, 2017). Ces deux notions se distinguent résolument du « sacrifice » évoqué par les femmes porteuses indiennes rencontrées par Pande (2014) et Rudrappa (2015). De fait, porter un fœtus pendant neuf mois, vivre la douleur de l'accouchement pour ensuite remettre l'enfant à ses parents seraient considérés par ces femmes comme des épreuves envoyées par les dieux, en vertu des préceptes spirituels associés au sacrifice dans la tradition hindoue.

Plusieurs travaux ethnographiques rapportent que les femmes porteuses aménagent une place à l'entente de GPA dans leur vie en délimitant certains espaces, notamment sur le plan corporel et émotionnel. Les frontières ainsi tracées leur permettent d'identifier clairement les éléments affectés par le projet et de réguler les rapports avec les parents d'intention, tout en préservant leur autonomie ou leur intimité dans d'autres sphères d'activités (Goslinga-Roy, 2000). L'anthropologue Elly Teman (2010, p. 72), développe la notion de « cartographie corporelle » (*body mapping*) dans son ouvrage *Birthing a Mother*, soit un découpage psychique exercé par les femmes pour baliser les différentes facettes de leurs expériences : « *The surrogate uses the body map to protect her personal space in the body, to limit the couple's movement, to temper the couple's efforts at policing her boundaries, and to refute their attempts at colonizing her entire body* ». Selon Teman, la cartographie corporelle préserve la souveraineté des femmes

sur leur corps, puisqu'elles parviennent ainsi à aménager des espaces leur permettant de naviguer à travers les requêtes des parents d'intention, tout en respectant leurs propres limites.

S'inspirant des études consacrées à la division sexuelle du travail et au travail du *care*, plusieurs anthropologues telles que Anindita Majumdar (2018) et Amrita Pande (2014), ainsi que la sociologue Anabel Stoeckel (2018), retiennent le terme « labeur » (*labor*) pour décrire le travail relationnel déployé par les femmes porteuses impliquées dans la GPA commerciale. L'analogie du « labeur », plus évocatrice en anglais qu'en français, implique que les femmes porteuses performant leur occupation de façon continue sans possibilité de s'absenter ou de prendre congé, contrairement à d'autres formes de travail qui requièrent un usage intense du corps. Utilisé entre autres par Berend (2016b), Jacobson (2016) et Ragoné (1994) dans leurs travaux sur la GPA aux États-Unis, l'expression « labeur d'amour » (*labor of love*) vise justement à souligner le rapport contractuel liant les parents d'intention et la femme porteuse, mais aussi, et surtout, l'investissement émotionnel et physique déployé par cette dernière pendant et après la grossesse.

Certaines femmes porteuses vont partager de façon quotidienne les aléas de la grossesse dans le but de ventiler leurs émotions, mais aussi pour les « décharger » entre les mains des mères d'intention. Les nausées, les maux de ventre, les douleurs au dos ou aux pieds sont autant de difficultés que les femmes enceintes leur expliqueront en détail au téléphone ou par texto. Teman (2009) interprète cette relation entre les deux femmes sous deux angles. D'abord, il s'agit d'une stratégie de compartimentation utilisée par les femmes porteuses pour circonscrire et identifier les effets indésirables de la grossesse, puis les communiquer à la mère d'intention. Ce reflet vise à alléger le poids de l'entente de GPA chez les femmes porteuses en le transmettant de manière émotionnelle et symbolique à la mère d'intention considérée comme responsable de leur état actuel. Ensuite, la même stratégie contribue aussi au mouvement de naturalisation. Soucieuses du bien-être de la femme qui porte leur enfant, les mères d'intention sont aux aguets des difficultés de santé potentielles et avérées et portent alors ce poids sur leurs épaules et leur conscience. Selon Teman (2009), l'effet combiné de ces deux retombées crée une relation synergique permettant à la femme porteuse de mettre à distance la maternité, et à la mère d'intention de l'incarner (*embodying*).

Les femmes porteuses rapportent ne pas ressentir d'attachement maternel particulier envers l'enfant qu'elles ont porté, que ce dernier ait été conçu avec leurs propres gamètes ou non (Jadva et Imrie, 2014a; Lamb, Jadva, Kadam et Golombok, 2018; van den Akker, 2003). En ce sens, elles ne se considèrent pas les mères des enfants qu'elles portent pour autrui (Lance, 2017; Ragoné, 1994; Teman et Berend, 2018), mais plutôt comme des nourrices ou des gardiennes. Pour certaines, le fait que l'embryon ne soit pas issu de leurs gamètes dans le cas de la GPA gestationnelle conforte leur conviction de « redonner » l'enfant à ses parents légitimes (Berend, 2010; Fisher, 2011; Jadva et Imrie, 2014a; van den Akker, 2005). Dans le cas des femmes porteuses indiennes, bien qu'elles ne soient pas liées génétiquement à l'enfant à naître, elles ont tout de même la conviction de contribuer biologiquement à sa création en « donnant un peu d'elle-même », notamment à travers le sang qui circule entre les deux corps pendant la grossesse (Pande, 2009).

Enfin, les femmes porteuses utilisent des métaphores pour décrire leur utérus en qualifiant leur ventre de « four à pain » ou de « machine à produire des bébés », un incubateur par exemple (Mehl, 2008; Ragoné, 1994; Teman, 2010). L'image d'une serre où s'enracinent et se développent les graines de vie est aussi évoquée par ces femmes pour décrire leur expérience de gestation pour autrui. Selon Teman (2010, p. 102), les femmes porteuses font preuve d'agentivité et de créativité à travers ces métaphores corporelles :

Fragmentation can be a tool for preventing the surrogate from feeling alienated from her body and from the technological process she participates in. Surrogates do fragment their body, objectify certain parts, and conceptualize the body as a visual text (body map) and as a machine (incubator, oven). Yet they do not necessarily feel that this is 'done to' them or that it has negative consequences.

L'anthropologue se distancie ainsi d'un certain discours féministe sur les procréations assistées qui considère cette stratégie comme une forme de déshumanisation ou de chosification du corps des femmes. Elle rejoint par le fait même la notion de « *agency through objectification* » de Thompson (2005, p. 178) selon laquelle les femmes concernées par les techniques de reproduction assistée prennent du pouvoir sur leur vie malgré les difficultés du processus procréatif et les procédures médicales invasives, c'est-à-dire en compartimentant volontairement certaines parties de leur corps pour atteindre leur objectif d'enfantement. Ce

détachement apparent ne signifie pas que les femmes porteuses sont en rupture totale ou qu'elles occultent leur grossesse, rappelle Malmanche (2014), puisque les femmes porteuses incluent les membres de leur propre famille tout au long de la gestation, notamment leurs enfants.

2.5.3 Donner des ovules et désincarner le gamète

Documentée de façon moins approfondie que le vécu des mères d'intention ou des femmes porteuses étant donné l'apparition récente de la FIV (Almeling, 2015), l'expérience psychosociale des donneuses d'ovules a tout de même fait l'objet de quelques recherches, lesquelles ont été réalisées principalement en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Les recensions des écrits produites par Bracewell-Milnes et ses collègues (2016) et Purewal, et van den Akker (2009) montrent que les travaux ont jusqu'à maintenant portés principalement sur les réponses face aux interventions cliniques, les considérations entourant l'anonymat des gamètes et les motivations des femmes à offrir ou donner leurs ovules. Puisque l'encadrement législatif en vigueur influence grandement les expériences documentées dans chaque pays, on dénote certains contrastes dans les résultats. Par exemple, dans les pays où la pratique est commercialisée, la motivation première des donneuses s'avère être un besoin financier. Le don altruiste s'inscrit pour sa part davantage dans une dynamique relationnelle de proximité, où la donneuse souhaite aider une femme de son entourage (sœur, cousine, amie) à devenir mère. Peu importe leur motivation première, les donneuses évoquent toutes leur sensibilité à l'égard de la détresse causée par l'infertilité comme moteur d'engagement dans le but d'y remédier.

Le don d'ovules demeure une pratique méconnue, dont la narration reste ambiguë. Selon Almeling et Willey (2017), les femmes qui s'astreignent aux traitements médicaux et à la ponction pour une autre femme auraient tendance à décrire la FIV comme étant une procédure simple et sans douleur, comparativement aux femmes qui le font pour elles-mêmes dans le but d'enfanter, lesquelles relèvent davantage l'intensité de la démarche dans leur compte-rendu rétrospectif. Pour les chercheuses, la motivation de départ des femmes serait l'élément prépondérant quant à la perception du processus et de son intégration dans leur récit de procréation assistée. À partir des données récoltées dans le cadre d'une enquête par questionnaires auprès de 80 donneuses étasuniennes, Kenney et McGowan (2010) remarquent

quant à eux un décalage entre la conscience des risques avant le premier don et les répercussions avérées sur le plan physique et psychologique tel que rapporté par les donneuses. Bien que la majorité s'estime satisfaite de leurs expériences, plusieurs femmes confient avoir été surprises et mal préparées face aux aléas du processus, ne sachant pas trop à quoi s'attendre.

Dans le cadre de leur engagement dans le projet parental d'autrui, les donneuses tendent à réduire leur contribution génétique à sa plus simple expression, c'est-à-dire un matériau pouvant désormais s'extraire du corps d'une femme dans le but d'aider une autre femme à devenir mère. Bestard et Orobitch (2009) conceptualisent cette dynamique par la notion de « désubstantialisation », soit un processus psychique de désincarnation de l'ovule. Selon Bestard (2004), le caractère abstrait du partage de la substance biogénétique est sans doute insuffisant pour instiller un quelconque sentiment maternel chez les donneuses d'ovules. En vertu d'une approche mécaniste du don, les donneuses auraient plutôt tendance à assimiler de manière analogue les gamètes à toutes autres substances corporelles, par exemple le sang. La sociologue Dominique Mehl (2008, p. 163-164) cite à ce propos un extrait d'entrevue réalisée avec Véronique, une donneuse française :

Je fais le rapprochement avec le don de sang ou le don de plaquettes. [...] On me dit souvent : mais tu n'as pas peur de croiser tes enfants? Ce ne sont pas les miens, je ne les ai pas portés et je ne les ai pas voulus. Et puis même, si je croise un enfant qui me ressemble, je ne vais pas me demander si c'est avec mon ovocyte qu'il a été conçu. Ça ne me perturbe pas plus que de savoir que mon sang coule dans les veines de quelqu'un d'autre ».

Dans le cadre de ses recherches ethnographiques sur les dons de gamètes aux États-Unis, Rene Almeling (2011) remarque que le discours des donneuses n'est pas toujours aussi uniforme. D'un côté, elles présentent leur apport au projet parental d'autrui comme « un simple ovule », désincarnant ainsi leurs gamètes et minimisant leur importance et, de l'autre, soulignent du même souffle qu'il s'agit d'un « don immense ». Selon la sociologue, cette contradiction découle en partie des tensions provoquées par les injonctions de genre, lesquelles incitent les donneuses à abdiquer toute prétention au titre de mère, mais aussi à construire simultanément un discours sur le don comme source de fierté et d'accomplissement personnel (Almeling, 2014).

Le don d'ovules n'est pas le déclencheur d'une identité maternelle chez les donneuses, puisqu'elles ne l'associent pas directement à la création d'un fœtus (Almeling, 2011; Shaw, 2007). Selon Almeling (2011, p. 159), deux raisons sous-tendent leur posture :

First, egg donors routinely break out reproduction into multiple stages, differentiating conception, pregnancy, birth, and caregiving. Second, [...] women evinced more awareness of the people to whom they were donating than did men. In fact, nearly 70 % of the women pointed out that their eggs would go into another woman's body, a detail noted by just 5 % of the sperm donors.

La consécration de l'utérus à titre de marqueur symbolique de la maternité contribue à consolider le mouvement de désincarnation. Les donneuses rencontrées par Almeling (2011, p. 161) divisent le processus procréatif en plusieurs étapes contingentes, comparativement aux donneurs de sperme qui associent plus directement leurs dons à la naissance d'un bébé : « *Egg donors are more likely than sperm donors to specify their donation as eggs, which are mixed with sperm, which might result in the creation of embryos, which might implant in another woman's uterus, which might result in a successful pregnancy, which might result in the birth of a child* ». En concevant leurs dons sur un plan séquentiel dont l'issue est imprévisible et incertaine, les donneuses construisent un discours qui sied à leurs aspirations de mise à distance de la maternité. Selon Delaisi de Parseval et Collard (2007), le caractère éthéré de la composante génétique de la maternité contribue par le fait même à ce que les femmes qui donnent leurs ovules soient désignées comme des « fées » par les parents d'intention lorsque ces derniers racontent à leurs enfants la genèse de leur naissance.

2.6 Résumé du chapitre

L'accès à la maternité grâce à la procréation assistée par autrui recoupe trois éléments centraux, soit l'infertilité, la gestation pour autrui et le don d'ovules. Ces éléments constituent le cœur du phénomène à l'étude. Or, il s'avère difficile de les circonscrire et d'en mesurer l'ampleur avec aplomb et certitude, considérant la variabilité des définitions qui cohabitent dans la littérature sur le sujet et les données parcellaires dont on dispose actuellement. À cela s'ajoutent des cadres normatifs issus de deux paliers de gouvernement, un arrimage qui se

caractérisé par des lois et des règlements en décalage avec les pratiques sociales documentées dans les écrits empiriques.

Plusieurs facettes documentées dans les recherches restent encore à approfondir, ou reposent sur des réalités ancrées dans des contextes sociojuridiques et culturels bien particuliers qui rendent hasardeuse leur comparaison ou leur application en contexte canadien. Les résultats des recherches restitués dans ce chapitre apportent tout de même un éclairage intéressant et une vision nuancée des expériences psychosociales vécues par les femmes concernées, lesquelles contredisent dans une bonne mesure les présupposés théoriques avancés sur ces questions. De ces écrits ethnographiques, j'ai distingué trois mouvements qui caractérisent la construction du rapport à la maternité chez les femmes concernées. La naturalisation illustre un ensemble de stratégies déployées par les mères d'intention pour donner un lustre naturel à leur maternité assistée par les biotechnologies, et conforter la légitimité de leur rôle. La compartimentation est privilégiée par les femmes porteuses pour baliser l'entente de GPA, notamment sur le plan corporel, ce qui suppose aussi un labeur à la fois sur le plan émotionnel et relationnel. Enfin, la désincarnation est une impulsion mécaniciste observée chez les donneuses d'ovules pour circonscrire leur contribution à l'état de substance matérielle afin d'être en mesure de la confier à une autre femme.

Le prochain chapitre poursuit sur cette lancée visant à mieux cerner et à conceptualiser le phénomène des maternités assistées par tierces reproductrices, proposant dès lors une exploration de l'évolution des représentations de la maternité et de leurs axes de structuration sociale.

Chapitre III. Cadre conceptuel

Les maternités assistées par tierces reproductrices

« Qu'est-ce qu'être mère, après quatre décennies de médecine de la reproduction? » se demande le philosophe Pierre Le Coz (2014, p. 349), suggérant du même souffle que ce questionnement engage une réflexion épistémologique afin de déterminer quelles connaissances sont pertinentes pour éclairer la fragmentation de la maternité introduite par la gestation pour autrui et le don d'ovules. Bien que la procréation assistée se décrypte en termes biomédicaux, elle est le résultat d'un processus social inscrit dans la singularité de l'expérience des femmes concernées. Ce processus implique de nouveaux modes d'agencement structurés par des systèmes normatifs qui en influencent les dynamiques; en capter l'interaction et les mouvements requiert un arrimage théorique puisant dans différents champs de savoirs en sciences humaines et sociales. L'interdisciplinarité comme mode de pensée conjonctive représente alors une avenue féconde pour articuler un cadre d'analyse libéré des ornières disciplinaires habituelles, qui fragmentent la réalité en autant de regards spécialisés (Lemay, 2011; Rocher, 2014).

Ce chapitre présente le cadre conceptuel élaboré pour appréhender la construction du rapport à la maternité chez les femmes concernées par la GPA et le don d'ovules. Il articule en profondeur différents « concepts sensibilisateurs » (Bowen, 2006) me permettant de développer une compréhension globale du processus, laquelle s'avère utile pour le déroulement de la recherche par théorisation enracinée. Je propose d'abord une analyse de l'évolution de la compréhension de la maternité afin de retracer les transformations sociales ayant ponctué son histoire contemporaine en Occident. Ce pas de recul me semble nécessaire pour prendre la pleine mesure de la fragmentation de la maternité introduite par la fécondation in vitro et le déploiement de ses trois composantes que sont l'intention, la génétique et la gestation. Je conceptualise le processus de procréation assistée sous l'angle de l'enfantement pour mettre en évidence certaines de ses caractéristiques, dont la dimension relationnelle entre les personnes impliquées dans une telle entente. J'enchaîne par l'identification de trois systèmes normatifs qui structurent les maternités assistées dans une perspective macrosociale, puis termine le chapitre par une synthèse de ces savoirs, sous la forme d'une modélisation conceptuelle.

3.1 Une compréhension contemporaine de la maternité

L'histoire contemporaine de la maternité en Occident est indissociable de celle des mouvements des femmes. Les travaux en sociologie de la famille montrent en effet que les luttes féministes se sont attachées pendant longtemps à affranchir les femmes de leurs fonctions reproductrices, afin qu'elles ne soient plus confinées à la sphère domestique pour y exercer un rôle maternel rigide (Descarries, 2005). Cette trame historique de la maternité est parsemée de différents jalons qui, chacun à leur manière, tracent un fil d'enchaînements menant aux maternités assistées par tierces reproductrices. Ces jalons représentent tous une forme de « dissociation » entre des dimensions jusqu'alors considérées inséparables (Châteauneuf, 2011b). Cinq dissociations ponctuent ce parcours : 1) sexualité et procréation, à travers la contraception et l'avortement; 2) conjugalité et procréation, avec le démariage et la hausse des unions libres; 3) grossesse et parentalité, avec la reconnaissance des rôles parentaux et de la diversité familiale; 4) âge et fécondité, avec le recours aux techniques de reproduction assistée et 5) scission au sein de la maternité biologique, grâce à la fécondation in vitro.

3.1.1 Une évolution historique ponctuée de dissociations

« Un enfant si je veux, quand je veux » scandaient les militantes pour le droit à l'avortement et l'accès à la contraception dans les années 1960. Une décennie plus tôt, la philosophe française Simone de Beauvoir (1949) dénonçait déjà les contraintes du maternage et la famille comme cellule oppressive dans son livre *Le Deuxième sexe*. À cette époque, la maternité était perçue comme une source d'aliénation et l'une des principales causes d'inégalités entre les genres (Descarries et Corbeil, 2002). La souveraineté des femmes sur leur corps et la légitimité de leur pouvoir décisionnel en matière de choix procréatifs étaient au cœur de leur parcours d'émancipation individuelle et collective.

Dans la foulée de ces changements sociaux, une première dissociation s'opère entre la sexualité et la procréation. Grâce entre autres à la démocratisation de la pilule contraceptive et la libéralisation des mœurs, les relations sexuelles hétérosexuelles ne sont plus assimilées de façon univoque à l'éventualité de fonder une famille. La reconnaissance d'une sexualité non

reproductive instille dès lors l'idée de réalisation de soi dans les parcours conjugaux et parentaux (Knibiehler, 2000). La notion de « choix » s'imisce dans le discours social portant sur la maternité, soulignant par le fait même que le « devenir mère » est aussi une question de volonté. Selon Élisabeth Badinter (2010, p. 10), cette liberté nouvelle soulève néanmoins une contradiction : « D'une part, elle a sensiblement modifié le statut de la maternité en impliquant des devoirs accrus à l'égard de l'enfant que l'on *choisit* de faire naître. De l'autre, mettant fin aux anciennes notions de destin et de nécessité naturelle, elle place au premier plan la notion d'épanouissement personnel ».

L'évolution du contexte familial en Occident est aussi marquée par la précarité croissante du lien conjugal. Le temps du « démariage » analysé par Irène Théry (2007) souligne l'effritement de l'institution du mariage à partir des années 1970 comme socle unique des rapports affectifs et sexuels. « Depuis que les femmes maîtrisent leur fécondité, écrit la philosophe Élisabeth Badinter (2010, p. 31), on assiste à quatre phénomènes qui touchent tous les pays développés : un déclin de la fertilité, une hausse de l'âge moyen de la maternité, une augmentation des femmes sur le marché du travail et la diversification des modes de vie féminins ». La hausse des divorces et des unions libres fait en sorte que le mariage comme institution patriarcale perd son hégémonie. Ces changements sociaux participent à la seconde dissociation, soit celle entre la conjugalité et la procréation.

La maternité comme construction sociale s'impose avec plus de vigueur vers la fin des années 1970, à travers la déconstruction des évidences biologiques accolées à une vision essentialiste du rôle de mère et la contestation de l'instinct maternel (Knibiehler, 2001). Les travaux d'Élisabeth Badinter (1980) montrent d'ailleurs que la fibre maternelle est une notion relativement nouvelle, apparue dans la seconde moitié du XVIII^e siècle. Selon Neyrand (2004, p. 36), cette mise en évidence du caractère construit de la maternité « fait vaciller la représentation de la relation maternelle comme organique et innée ». La maternité n'est plus uniquement établie par sa composante biologique, mais aussi à travers la prise en charge quotidienne de l'éducation et des soins aux enfants (Belleau, 2004).

Une troisième dissociation s'enclenche alors entre la procréation, comprise comme le point de départ du processus menant à la naissance d'un enfant, et l'exercice du rôle de parent sous le prisme de la parentalité. De cette dissociation émergent de nouvelles figures parentales dans le champ de la diversité familiale; devenir mère ou endosser un rôle maternel peut se faire sans donner naissance, comme c'est le cas entre autres chez les familles adoptives (Pagé, Piché, Ouellette et Poirier, 2008), lesboparentales (Côté, 2009; Leckey, 2014) et recomposées (Gosselin et Gosselin, 2016; Martial, 2003).

Le développement et la diffusion des biotechnologies marquent la « génération du désir » des femmes identifiées par l'historienne Yvonne Knibiehler (2000). Le moment de l'arrivée d'un enfant peut être planifié grâce aux techniques de reproduction. Le décalage des calendriers de procréation, c'est-à-dire la dissociation entre l'âge et la fécondité des femmes provoquée par de nouvelles procédures telle la cryoconservation²³ des ovules, remet en question « l'horloge biologique » et interroge par le fait même le rapport différencié des hommes et des femmes face au vieillissement et à la parentalité (Bühler, 2014; Löwy, 2009; Vialle, 2014). Le perfectionnement de la fécondation in vitro provoque pour la première fois une dissociation franche et nette au sein de la maternité biologique, distinguant la maternité génétique (ou ovocytaire) de la maternité gestationnelle (ou utérine).

Les avancées médicales des « bébés-éprouvette » permettent de combattre la stérilité. La grossesse de Lesley Brown et la naissance de sa fille Louise en 1978 en Grande-Bretagne constituent la preuve que les technologies de la reproduction peuvent dorénavant permettre aux femmes dites infertiles de procréer (Franklin, 2013), bouleversant au passage la « certitude maternelle » qui, jusqu'à tout récemment, jouissait d'une unité incontestable (Dhavernas Lévy,

²³ La cryoconservation des ovules est une technique permettant de « préserver » la fertilité féminine au-delà des contraintes liées à l'âge, ou de prévenir l'incapacité de fournir ses propres ovules pour une grossesse future étant donné la perte de la fonction ovarienne due à une intervention chirurgicale ou d'autres problèmes de santé (un cancer, par exemple). Cette technique consiste à congeler des ovules matures pour une utilisation ultérieure, pour ensuite les décongeler au moment opportun, les féconder à l'aide d'une injection intracytoplasmique de spermatozoïde, puis implanter l'embryon dans l'utérus de la femme.

2001, p. 95). Paradoxalement, le même phénomène affirme désormais la paternité avec une conviction renouvelée grâce aux tests d'ADN (Becker, 2000; Bestard et Orobítg, 2009).

Les principes de droit romain – *mater semper certa est* (la mère est toujours certaine) à propos de la preuve irréfragable de l'identité de la mère, et *pater vero est quem nuptiae demonstrant* (le vrai père est défini par le mariage) validant la paternité par l'union conjugale – deviennent tous deux caducs lorsqu'ils sont confrontés aux potentialités technologiques et aux changements familiaux des trois dernières décennies. « Les ovocytes, comme le sperme, sont désormais disponibles 'à l'extérieur' (du corps) et ses qualités partagées ont d'importantes implications : la maternité et la paternité peuvent être aussi incertaines l'une que l'autre », résume Melhuus (2009, p. 51).

Selon Geneviève Daudelin (2002, p. 359), les techniques de reproduction assistée « étendent l'espace médico-technique dans lequel la maternité est déjà partiellement insérée, en amont, par la contraception et l'avortement, et en aval, par la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, de la procréation proprement dite ». Le slogan « IVG/PMA, même combat »²⁴ popularisé en France en 2012 trace d'ailleurs un lien entre l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et les procréations médicalement assistées (PMA), mettant en lumière les mêmes enjeux fondamentaux : l'autonomie reproductive des femmes et l'égalité des sexualités (Yvert, 2016).

Enfin, la procréation assistée par autrui découpe la maternité en séquences qui ne s'enchaînent pas nécessairement, permettant à plusieurs femmes d'y apporter une contribution : ovulation, procréation, grossesse, accouchement et allaitement. Elle déjoue les logiques de la descendance linéaire, rendant possible la grossesse d'une femme grâce au don d'ovules de sa propre fille (Thompson, 2005). Si le don d'ovules a été utilisé au départ pour pallier une baisse prématurée de la réserve ovarienne, il gagne en popularité chez les femmes de 40 ans et plus dont l'infertilité est causée par l'âge (Belaisch-Allart, 2010; Forman, Treff et Scott, 2011; Friese,

²⁴ Ce slogan a été porté par le Collectif féministe Oui Oui Oui dans la foulée des manifestations pour le mariage pour tous en France. Groupe féministe mixte fondé en 2012 et composé majoritairement de lesbiennes, le Collectif milite pour l'ouverture du mariage et de l'adoption pour les couples de même sexe et l'accès à la PMA pour toutes les femmes. Pour info : [<http://ouiouioui.org>]

Becker et Nachtigall, 2008). Il permet ainsi de dissocier les fonctions reproductives ovariennes et utérines et de déjouer la période de fécondité, permettant à une femme plus âgée d'être enceinte grâce aux ovules d'une femme plus jeune (Friese, Becker et Nachtigall, 2006; Konrad, 2006). La gestation pour autrui offre quant à elle la possibilité de confier la grossesse et l'accouchement à d'autres corps tout en conservant un lien nourricier, un mouvement inversé par rapport au XIX^e siècle où l'on déléguait l'allaitement des enfants à d'autres femmes (Cardi et Quagliariello, 2016). En somme, à défaut de les créer, les techniques de reproduction assistée autorisent un approfondissement des dissociations amorcées soixante ans auparavant par les luttes pour la contraception et l'avortement.

3.2 D'une maternité fragmentée à un déploiement de composantes plurielles

Les dissociations introduites par les luttes féministes et les changements sociaux ont créé une brèche ayant permis la fragmentation de la maternité aux tournants des années 1980 avec l'avènement de la fécondation in vitro. Ce phénomène varie sur le plan dénomiatif dans les écrits : « clivage », « déliaison », « diffraction », « division », « morcellement », « séparation » ou encore « scission » (Cailleau, 2013; Delaisi de Parseval et Collard, 2007; Mehl, 2011; Neyrand, 2004; Pulman, 2010; Sarthou-Lajus, 2010). Dans tous les cas, la résultante est la même : la gestation pour autrui et le don d'ovules font apparaître les trois composantes de la maternité que sont l'intention, la génétique et la gestation, chacune pouvant s'incarner dans une femme différente. Selon Malmanche (2014, p. 101), ces dernières sont reliées aux autres par un même pilier, le projet parental, et pivotent « autour d'un axe commun et unique : l'enfant à venir ». Il s'agit donc d'une « unique action complexe à plusieurs partenaires » (Théry, 2010, p. 128). Comme le rappelle le bioéthicien belge Laurent Ravez (2013, p. 124) :

L'enfant naît et grandit au sein d'une *constellation procréative* où divers acteurs interviennent. Les maternités pour autrui nous aident à le comprendre. En effet, ces nouvelles pratiques procréatives mettent en lumière, comme ont commencé à le faire il y a de nombreuses années déjà les autres techniques de procréation médicalement assistées, une filiation humaine mêlant les dimensions biologique, psychologique et sociale.

Dans les prochaines sections, j'offre une synthèse de chaque composante, mettant en lumière les représentations et les symboles qui s'y rattachent. L'ordre de présentation ne cautionne pas une quelconque hiérarchie entre elles. J'ai plutôt choisi de les présenter au fil de la chronologie du parcours procréatif des femmes concernées, c'est-à-dire la formulation du projet parental (intention) comme prémisse, puis l'apport des gamètes féminins (génétique) pour la fécondation et, enfin, la grossesse et l'accouchement (gestation) menant à la naissance du nouveau-né. Ce processus n'est pas linéaire, mais bien cyclique, puisque la composante de départ, l'intention, le complète par la prise en charge des soins et de l'éducation de l'enfant après sa venue au monde.

3.2.1 L'intention et la formulation du projet parental

La composante intentionnelle met en lumière l'aspect décisionnel menant à la maternité : « On ne naît pas parent, on le devient » soutient Neyrand (2004, p. 36), paraphrasant Simone de Beauvoir. Déconnectée des composantes biologiques, la maternité intentionnelle est souvent qualifiée de « sociale ». Or, comme le précise la sociologue Virginie Descoutures (2006), toutes les parentalités s'inscrivent dans l'espace public et sont par définition infiniment sociales, que la mère soit génitrice ou non de son enfant. Neyrand (2001, p. 42) rappelle qu'« il ne suffit pas d'être géniteur pour être parent alors que l'on peut être parent sans être géniteur ». En confinant la maternité à la vision étriquée de la dichotomie biologique/sociale, on fait aussi l'impasse sur la caractéristique première des maternités assistées, soit la formulation du projet parental porté par une personne célibataire ou un couple. Comme le souligne Charis Thompson (2005) dans son livre *Making Parents*, les techniques de reproduction assistée visent surtout à créer des parents, plutôt qu'à faire des enfants.

Le projet parental comme nouveau fondement de la filiation est un principe défendu par Marcela Iacub (2004) dans son livre *L'empire du ventre*, où elle fait l'apologie du corps féminin comme outil permettant l'accès à la maternité pour d'autres femmes. Elle estime d'ailleurs que la GPA offre la possibilité de rendre la maternité sans « fraude », en l'affranchissant enfin des considérations charnelles liées à l'accouchement, ou de ce qu'elle qualifie de « sacralisation du ventre maternel ». Selon la juriste (Iacub, 2004, p. 256-257), les techniques de reproduction

assistée redéfinissent la maternité en séparant les deux principes corporels que sont les ovules et la grossesse, et en liant la mère et l'enfant par une relation purement morale basée sur l'intention :

Or, rien n'est plus contraire à cette mystique de la grossesse que de mettre à l'origine de la maternité non pas ces forces psychiques qui s'affrontent entre le placenta et le cordon ombilical, mais une *décision*, prise par un être en pleine possession de ses moyens, de faire venir au monde un enfant, quitte pour cela à en passer par le ventre d'une autre femme.

Le désir d'être mère et « de faire venir au monde un enfant » transige, selon Serge Stoléru, par un processus de « maternalisation » chez la femme ayant recours aux techniques de reproduction assistée, ce que le psychiatre définit comme étant « l'ensemble organisé de ses représentations mentales, de ses affects, de ses désirs, et de ses comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse, ou déjà né » (Stoléru, 2000, p. 491). Découlant de la parentalité, le concept de « maternalité » est ainsi associé à une maternité dite « psychique ou psychologique », où le sentiment de filiation de la mère d'intention se construit pendant le processus procréatif et se déploie lorsque le projet tire à sa fin, c'est-à-dire après la naissance de l'enfant. Il s'agit donc d'une relation affective nourrie par l'engagement personnel de la mère d'intention, et consolidée par l'établissement d'une filiation lorsque le cadre juridique permet une telle procédure légale (Cailleau, 2016).

Dans ses travaux précurseurs sur la GPA aux États-Unis, l'anthropologue Helena Ragoné (1994) conceptualise la maternité intentionnelle par le symbole du « cœur » de la femme qui formule le projet parental, d'où le titre de son ouvrage pionnier sur la question *Surrogate Motherhood. Conception in the Heart*. Cette référence à l'organe comme sources des sentiments maternels chez les mères d'intention est aussi mentionnée par les femmes rencontrées par Teman (2010) et Jacobson (2016). Elles ne l'associent toutefois pas à la transmission du sang comme substance matérielle de la parenté, mais bien au cœur émotionnel – le désir d'enfant – comme socle symbolique de l'identité maternelle.

3.2.2 La génétique et la transmission des gènes

La composante génétique de la maternité s'incarne dans l'image traditionnelle de la substance matérielle, comme l'illustrent les expressions « être de même sang » et « avoir les mêmes gènes » (Déchaux, 2014). L'apport des gamètes féminins évoque la transmission du patrimoine génétique et l'hérédité. Dans le cas des procréations assistées, les gènes sont associés aux ressemblances physiques, à la continuité des lignées et à l'inscription dans la généalogie, surtout lorsque les gamètes proviennent des deux parents d'intention, étant donné l'importance accordée à la contribution égale du matériel génétique du père et de la mère dans la représentation généalogique de la parenté.

Selon Delaisi de Parseval et Collard (2007), cette transformation s'inscrit dans un changement de polarité, passant de la consanguinité vers la génétique. La philosophe Sylviane Agacinski (2009, p. 83) estime quant à elle que « l'idée de la mère génétique s'est imposée en raison d'une survalorisation du rôle des gènes, mais aussi de l'assimilation des rôles masculin et féminin : la 'mère génétique' joue en effet un rôle séminal identique à celui du père ». Ce déplacement peut aussi être en partie attribuable au fait que les techniques de reproduction rendent désormais visibles les gamètes féminins (tout comme les gamètes mâles), leur aménageant une place nouvelle dans le discours sur la maternité (Daudelin, 2002). Ce « processus d'externalisation » concerne la séquence de fécondation réalisée historiquement à l'intérieur du corps maternel (Cardi et Quagliariello, 2016, p. 175).

Alors que le don de sperme a été institutionnalisé par la création des banques de sperme, son équivalent, le don d'ovules, demeure toutefois une pratique médicale d'exception. Si dans un cas la séparation entre le géniteur et le père d'intention est légitimée, une situation analogue mettant en scène les trois figures maternelles est difficile à imaginer (Tain, 2004). Le discours bioéthique témoigne d'un malaise, voire d'une certaine anxiété à propos de l'impossibilité de maintenir l'unicité maternelle (Mehl, 2011). À ce propos, Melhuus (2009) et Bühler (2014) font référence à l'inviolabilité de la maternité et le respect de l'ordre naturel pour expliquer l'interdiction du don d'ovocytes en Norvège et en Suisse respectivement, mais aussi ailleurs dans le monde. Citant un rapport du ministère de la Santé de son pays, Melhuus (2009, p. 18)

montre que le législateur attribue à cette technique une dimension de « désordre reproductif », c'est-à-dire la séparation qu'elle induit entre les maternités :

Contrairement au don de sperme, le don d'ovules crée une situation distincte de la reproduction naturelle. L'insémination avec donneur n'établit pas de rupture fondamentale par rapport au processus de reproduction naturelle. En effet, que la conception ait lieu artificiellement ou naturellement, le sperme est quelque chose qui vient de l'extérieur [...]. Dans la reproduction naturelle en revanche, l'utérus et l'ovule forment une unité naturelle. La conception, la grossesse et la naissance constituent un processus unifié qui a lieu dans le corps de la femme. Or, avec le don d'ovocytes, cette unité est brisée [...] le don d'ovocytes fractionne la maternité physique.

La composante génétique concerne la fabrication du fœtus et, en cela, elle n'est ni la filiation ni la parentalité. Selon Déchaux (2014, p. 323), les gènes ne sont toutefois pas qu'un « socle matériel biogénétique », mais aussi le vecteur symbolique de l'identité narrative de la personne. La question des origines est ainsi posée avec acuité, de même que la portée relationnelle du matériau corporel comme désignation des connexions familiales. La transmission de l'hérédité en illustre une autre facette, puisque le don d'ovules s'inscrit dans une temporalité qui dépasse la vie de la donneuse elle-même et implique plusieurs générations (Delaisi de Parseval et Collard, 2007).

3.2.3 La gestation et le corps enceint

« La mère est la femme qui accouche » est une affirmation bien enracinée dans les représentations occidentales de la maternité. Instituée par le droit, la maternité se définit dès la naissance par le ventre de la femme qui porte et accouche de l'enfant (Bureau et Guilhermont, 2010; Iacub, 2004). La composante gestationnelle de la maternité ne concerne pas uniquement la formation du fœtus, mais aussi l'ensemble des considérations entourant la grossesse telles les sensations du fœtus qui bouge dans le ventre, les nausées, les modifications du corps enceint, les douleurs et les joies de l'accouchement, etc. Comme le remarque Thompson (2005, p. 149-150), elle fait partie intégrante de la dimension biologique :

It is not unreasonable to accord the gestating mother a biological claim to motherhood. Indeed, some have suggested that shared substance is a much more intimate biological connection than shared genetics and is more uniquely characteristic of motherhood, as genes are shared between many different kinds of relations.

Comme le rappelle Neyrand (2004, p. 36), le don d'ovules d'une femme féconde à une femme stérile a permis « la scission pratique de la maternité biologique en produisant deux 'mères' : celle qui fournit l'ovule et les gènes et celle qui porte et accouche de l'enfant ». Malgré le principe de symétrie qui voudrait que l'on confère à la génétique un ascendant certain sur la maternité (comme c'est le cas pour la paternité), les expériences de la grossesse et de l'accouchement préviennent, selon Dhavernas Lévy (2001, p. 100), « l'oubli de la spécificité maternelle ». En ce sens, Sylviane Agacinski (2009, p. 83) réitère une cristallisation de la maternité par le ventre, selon une perspective féministe différentialiste qui valorise la différence des sexes et la spécificité de la « nature » féminine :

Je ne crois pas que la maternité se laisse ainsi disperser et disséminer sans perdre sa nature propre. [...] La mère qui porte l'enfant assume en revanche un rôle spécifiquement féminin, puisque par la gestation (ou prénation), elle assure la formation de l'enfant. C'est son corps qui en réalise la production charnelle sans laquelle l'embryon n'est qu'un amas de cellules, et qui permet sa naissance. [...] Ainsi, que la « gestatrice » soit ou non la mère génétique de l'enfant qu'elle porte, elle en est bel et bien la mère, et l'on peut parler de « maternité pour autrui ».

Outre l'aspect biologique, le corps enceint recèle une portée symbolique profondément enracinée dans notre société, où les identités de femme et de mère sont intimement liées. Comme le souligne l'anthropologue Anne Cadoret (2001, p. 82) : « c'est le fait de porter un enfant qui fabrique la mère; c'est encore le corps, le corps enceint, qui marque la maternité. [...] être femme, c'est être mère; une femme qui accouche peut toujours être dite mère puisqu'elle a participé 'naturellement' à la fabrication de l'enfant. Être pleinement femme, c'est accoucher ».

3.3 L'enfantement comme processus relationnel

L'expression « procréation assistée à l'aide de tierces reproductrices » utilisée jusqu'à maintenant dans la thèse, bien qu'utile pour décrire de façon conjointe les pratiques de gestation pour autrui et de don d'ovules, nous renseigne peu sur le caractère processuel du phénomène

que je souhaite étudier, qui recoupe l'intention et la temporalité. Le défi est alors de conceptualiser ce processus selon deux impératifs, soit a) la prise en compte des trajectoires convergentes des personnes impliquées vers un but commun, c'est-à-dire la création et la mise au monde d'un enfant, et b) l'analyse des rôles différenciés de ces personnes qui se construisent et se déploient dans un cadre relationnel singulier.

Comme le précise Yvonne Knibiehler (2000, p. 113, les italiques sont de l'autrice) dans le chapitre sur la « maternité choisie » de son ouvrage sur l'histoire de la maternité en Occident, « la fonction biologique est désormais le fruit d'une décision : ce n'est plus une *reproduction* passive, c'est une *procréation* humaine où intervienne la raison, l'affectivité ». Inspirée par l'ouvrage de Luc Boltanski (2004) intitulé *La condition fœtale, une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, la sociologue française Irène Théry (2010, p. 130) distingue pour sa part la « procréation » de « l'engendrement » :

L'engendrement humain n'a pas seulement une dimension physique ou physiologique (celle de la procréation), il a aussi une dimension psychique, mentale, affective, intentionnelle et surtout institutionnelle, qui va lui accorder sens et valeur au sein de notre monde humain.

Le concept d'engendrement permet d'articuler ensemble deux dimensions centrales de ma recherche. D'abord, la *procréation* comme spécificité sexuée de la vie humaine qui répond à des principes biologiques, est rendue possible dans ce cas-ci grâce à la GPA ou le don d'ovule. Ensuite, l'*intention* comme attribution de sens à des actes pourvus de significations bien particulières. Les procréations assistées pouvant être décrites exactement de la même façon, la dimension intentionnelle est primordiale pour en distinguer la finalité. Comme l'exemplifie Hélène Malmanche (2018b) dans un billet réflexif publié en ligne :

Si je dis : « Un homme se rend dans un centre de procréation médicalement assistée. Il est conduit dans une pièce isolée où on lui demande de recueillir dans un petit pot son sperme par masturbation, petit pot qui sera ensuite transmis au personnel médical dans une pièce attenante, etc. », je suis incapable de différencier l'homme qui vient avant une chimiothérapie pour préserver sa fertilité, de l'homme qui vient pour donner son sperme pour que d'autres soient parents, ni de l'homme qui est engagé dans un protocole d'assistance médicale à la procréation et dont le sperme va servir à inséminer sa compagne.

Si la médecine de la reproduction permet la segmentation du processus, elle ne rend pas compte du lien entre les parties. Dans le cas des maternités assistées par tierces reproductrices, l'objectif est donc de faire apparaître les liens entre des séquences distinctes, du désir d'enfant à sa prise en charge après sa naissance, en passant par la fécondation et la grossesse. Ces séquences, cumulées dans le cas d'une procréation charnelle au sein d'un couple parental hétérosexuel, mais dissociées par la gestation pour autrui et le don d'ovules, rendent saillantes les différences entre la procréation, la gestation, l'accouchement et le maternage.

« Si donc le fait de se mettre à plusieurs pour faire un enfant s'avère plutôt banal, écrivent Geneviève Delaisi de Parseval et Chantal Collard (2007, p. 30), il reste que l'on connaît encore mal les figures particulières de la gestation pour autrui euroaméricaine. Ces dernières au demeurant sont en cours d'élaboration, au terme d'un certain bricolage », ajoutent-elles. La psychologue belge Françoise Cailleau (2013, p. 28) estime pour sa part que les pratiques de procréation assistée nous invitent à « repenser la parentalité dans ses différentes dimensions, ainsi que la question du féminin et du maternel dans sa multiplicité ». Ainsi, dans la foulée des travaux d'Irène Théry sur l'engendrement, je reprends le concept d'*enfantement* utilisé notamment par Mehl (2011) et Malmanche (2014) pour mettre en lumière plus spécifiquement l'acte hautement relationnel de « donner naissance ». Ce concept permet de lier les différentes séquences du processus dans une trame intégrant les récits des trois groupes de femmes concernées, tout en distinguant (sans minimiser ou banaliser) le rôle endossé par chacune pendant le processus aboutissant à la naissance d'un nouveau-né.

3.4 Axes de structuration sociale des maternités assistées

L'enfantement par gestation pour autrui ou par don d'ovules implique nécessairement au moins une femme n'ayant pas formulé le projet parental de départ, qu'il s'agisse d'une femme porteuse ou d'une donneuse. Cette mise en relation des trajectoires, tout en étant individuelle, n'en reste pas moins travaillée par des logiques sociales. La sociologue française Laurence Tain (2013) suggère d'ailleurs que les maternités assistées sont traversées par plusieurs rapports sociaux. Dans son ouvrage *Le corps reproducteur*, elle s'emploie à décrire ce qu'elle nomme les scènes reproductives, c'est-à-dire « le repérage des variations des modalités de la

reproduction humaine » (Tain, 2013, p. 8). Son analyse se focalise sur les tensions et les contradictions qui émergent entre les expériences corporelles et les régimes institutionnels.

En ce qui concerne mon objet d'étude, j'identifie trois axes de structuration sociale des maternités assistées, soit : 1) le *modèle de parenté euroaméricain* qui délimite les frontières familiales et sous-tend la quête de la « vraie » mère, suggérant que le statut ne peut être occupé que par une seule femme; 2) l'*institution de la maternité* qui exerce une pression de conformité à une image idéalisée de la mère, étiquetant au passage les femmes comme « bonnes » ou « mauvaises » mères et favorisant l'émergence d'un discours sur le don comme stratégie de neutralisation d'une étiquette déviante et 3) la *reproduction stratifiée*, qui rend saillantes les positions sociales des personnes concernées au regard des inégalités d'accès à certaines filières ou techniques de reproduction assistée. Cette articulation permet de prendre en compte à la fois le caractère singulier des expériences des femmes, mais aussi les structures macrosociales qui teintent leurs discours, influencent leur positionnement face à la maternité et orientent leurs pratiques. Les prochaines sections exposent les rouages de ces trois axes de structuration.

3.4.1 Le modèle de parenté euroaméricain et ses liens d'apparentement

Le modèle de parenté dominant dans l'espace culturel euroaméricain repose, comme l'explique Déchaux (2014), sur trois postulats de base, à l'image d'un trépied : il est *bilatéral*, c'est-à-dire que le couple parental hétérosexuel est composé d'un père et d'une mère, *exclusif* (un seul père et une seule mère) et *biocentré*, ce qui signifie que les parents sont présumés géniteurs de leur enfant. Articulée par David Schneider (1980) dans son ouvrage précurseur *American Kinship*, cette conception des relations de parenté s'inscrit dans une approche qui s'intéresse davantage aux significations accordées par les personnes concernées, plutôt qu'aux statuts et aux rôles au sein du système selon les théories structuralistes classiques de l'organisation de la vie sociale. Il n'y aurait donc pas de faits biologiques réels, mais bien des interprétations culturelles de ceux-ci. Cette perspective annonce un tournant; depuis trois décennies, les questions liées aux règles sociales et à l'analyse formelle de la terminologie sont reléguées au second rang dans les recherches anthropologiques, principalement dans les pays

anglo-saxons (Fassin, 2002; Ouellette et Dandurand, 2000), au profit de l'étude des symboles et des représentations en matière de parenté.

Ainsi, la nature et la prédominance du « naturel » influenceraient la manière dont une personne comprend les significations et les productions de la parenté et des liens d'apparentement (Howell, 2006). Le sociologue Jean-Hugues Déchaux (2014, p. 332-333) soutient d'ailleurs que « les matériaux biogénétiques deviennent le produit de décisions humaines concernant la sélection et l'appariement des gamètes ainsi que la reproduction du processus de fécondation. La nature change de statut : elle est modifiée par la culture, par la biotechnologie; elle devient [...] un artefact modelé par les choix humains ». Le sociologue insiste d'ailleurs sur l'imbrication des dimensions matérielle et symbolique de la procréation, mettant l'accent sur l'aspect relationnel et le rapport à autrui qu'instaurent les techniques de reproduction entre les personnes concernées. Dans le même fil d'idées, l'anthropologue Jeanette Edwards (2014, p. 46-47) ajoute :

The way in which biological connectedness is rendered visible and the metaphors or symbols through which the story of procreation is told vary. Biological facts need to be socially activated, which suggests that the biological is deeply social and that the common and convenient divide between the social and the biological obscures more than it reveals. Moreover, not only do they need to be socially activated but also if by biology we mean corporeal substances and bodily processes, then they, in turn, are made meaningful.

Il en est de même pour la prégnance de la génétique qui, selon Sarah Franklin (2003), nous invite à revoir la distinction entre les faits sociaux et les faits biologiques à l'aune des technologies de la reproduction. À ce propos, Brakman et Scholz (2006, p. 56) font référence au « paradigme biologique » pour mettre en exergue les postulats génétiques et les présomptions biologiques associés à la maternité. Ce paradigme tend à concevoir et à jauger les liens selon l'apport biogénétique des parents comme géniteurs. Daudelin (2002, p. 365) ajoute que ce paradigme se donne à voir dans le discours entourant les nouvelles technologies de la reproduction (NTR) : « une des fractures provoquées par les NTR consiste en la biologisation de la procréation et de l'enfant, c'est-à-dire leur appréhension en tant que processus en entité 'biologique'. [...] L'enfant qui naîtra suite au recours aux techniques est dit, par exemple, 'biologique', ou, dans le cas d'utilisation de gamètes de tierces personnes, 'à moitié de nous' ou

‘à moitié inconnu’ ». Selon l’auteur, ces formes langagières marquent une accentuation du caractère matériel, c’est-à-dire l’apport biogénétique comme démarcation des liens.

Le débat entre biologie et culture persiste toujours en sciences sociales, mais il se complexifie au regard des réalités familiales contemporaines. Selon Marilyn Strathern (2005), le rôle des liens biogénétiques dans la fabrication de la filiation demeure au cœur du système de parenté euroaméricain, malgré les transformations sociales récentes et la sophistication croissante des technologies de la reproduction. En langage juridique, la filiation est le lien de droit établi entre un enfant et ses parents biologiques ou adoptifs. Sur le plan généalogique, la filiation représente l’axe vertical de la parenté, c’est-à-dire le lien qui lie l’enfant à ses parents et à la chaîne de générations antérieure (Martial, 2006). Il s’agit d’un système cognatique, puisque la filiation d’un individu le relie à la fois à la lignée de son père et à celle de sa mère. Certaines configurations familiales mettent toutefois à l’épreuve ce modèle, dont les familles homoparentales et celles créées grâce à la procréation assistée par autrui (Côté, 2014).

Chez les familles qui s’éloignent de l’un ou l’autre (ou plusieurs) des postulats de base du système de parenté dominant, comme c’est le cas ici avec les maternités assistées par tierces reproductrices, la tentation d’incarner fictivement la nature est grande afin d’éviter l’opprobre social, ou de voir les liens familiaux déconsidérés, remis en question ou relégués à un statut inférieur. À ce propos, l’anonymat des dons de gamètes qui prévaut au Canada illustre le modèle *Ni vu, ni connu* problématisé par Irène Théry (2010), soit la propension des parents d’intention hétérosexuels à maintenir le secret concernant le recours à un tiers donneur pour se conformer à la norme bioconjugale de la procréation, laquelle est renforcée par les pratiques médicales et les dispositifs juridiques actuels. Basée sur des entretiens avec des mères d’intention qui sollicitent des dons d’ovules pour vivre elles-mêmes la grossesse, l’analyse proposée par Virginie Rozée (2012, p. 54) met justement en lumière le poids de cette norme procréative :

Les futures mères rencontrées ont exprimé leur crainte de ne pas être socialement considérées comme la « vraie » mère de l’enfant à naître. Certaines d’entre elles ont décidé de ne rien dire à leur entourage; d’autres n’envisagent pas de raconter l’histoire de la conception à l’enfant. [...] Cette norme [biocentrée] valorise la transmission du patrimoine génétique et induit un refus de la pluriparentalité entendue comme participation de plusieurs personnes dans la conception de l’enfant.

Si le modèle de parenté euroaméricain cautionne en quelque sorte l'effacement des donneurs de gamètes pour maintenir la norme bioconjugale en matière de reproduction (Bajos et Ferrand, 2006), la présence de la femme porteuse dans le cas de la GPA en ébranle son apodicticité. « L'hostilité manifestée vis-à-vis de la grossesse par mère porteuse met bien en évidence l'image profondément ancrée dans la société d'un rapport parental fondé sur la dualité père-mère », soutient Sándor (2009, p. 121). Selon l'anthropologue, une seule femme peut prétendre au statut de mère dans un tel contexte, puisque la maternité ne se partage pas selon les normes de notre système; la pluriparenté y demeure un impensé. Ce puissant ancrage de la maternité restreint, selon Iacub (2004), les marges de manœuvre des femmes concernées par la GPA et le don d'ovules, traçant les contours d'une définition de « la » mère comme dispositif immuable de l'ordre actuel de la famille.

3.4.2 L'institution de la maternité et ses injonctions de genre

Dans son ouvrage pionnier *Of Woman Born: Motherhood as Experience and as Institution*, Adrienne Rich (1976) montre que les discours politiques et sociaux dominants dans la société imposent une vision idéalisée de la maternité, contribuant à la régulation des trajectoires des femmes et de leur vécu personnel et intime. La maternité n'est donc pas seulement une expérience individuelle, mais aussi une institution patriarcale façonnée par des représentations et des valeurs. Assimilées à des vérités, ces croyances construisent une vision normative de la maternité à la base de la tendance à blâmer les mères (Jacquet, 2017; Lalancette et Germain, 2018). Donath (2015) parle d'ailleurs de la « mise en échec » des femmes face au discours idéalisé de la maternité. Dominique Damant et ses collègues (2012, p. 9) précisent :

Cela entraîne automatiquement une distinction entre les 'bonnes' et les 'mauvaises' mères; les 'bonnes' mères répondent aux critères de la mère 'idéale', ou s'en rapprochent considérablement, tandis que les 'mauvaises' mères n'arrivent pas à répondre à ces critères ou, pire encore, refusent de se confirmer à cette vision.

Les représentations de la « bonne » et de la « mauvaise » mère engendreraient ainsi des attentes publiques pour toutes les femmes. Les présomptions voulant que les femmes aient besoin d'être mères pour se sentir « complètes », qu'elles aient besoin de leurs enfants et que tous les enfants aient besoin de leur mère biologique sont des exemples des pressions exercées

par l'institution de la maternité (Damant, Chartré et Lapière, 2012). La notion d'instinct maternel est alors un terreau fertile pour l'expression d'injonctions empreintes d'essentialisme : les mères doivent être douces, aimantes et dédiées entièrement au bien-être de leur progéniture. Selon Élisabeth Badinter (2010, p. 88), cette sollicitude (*care*) pour le bien-être d'autrui serait d'ailleurs « la conséquence de l'expérience cruciale de la maternité ». En ce sens, les femmes qui consacrent du temps à leur carrière, ou profitent de moments de repos pour s'adonner à des loisirs personnels, sont qualifiées de « mères indignes » et victimes de la vindicte populaire.

L'allaitement comme impératif pour le bien-être de l'enfant et pinacle du dévouement maternel est un exemple de la « mythification de la maternité », un phénomène que le Conseil du statut de la femme (2016, p. 29) définit comme étant une « une conception de la maternité où l'expérience d'être mère n'est que jouissances, exaltations et sacrifices heureux ». L'organisation féministe ajoute que « cette vision évacue les aspects plus difficiles de la maternité : le travail invisible, l'usure du corps, la fatigue, les contraintes, les ambivalences, les contradictions ». Les représentations sociales de l'allaitement suggèrent en effet un portrait de l'acte nourricier empreint de douceur et d'apaisement (Bayard, 2012; Marshall, Godfrey et Renfrew, 2007; Wall, 2001), portant ombrage aux difficultés vécues par plusieurs mères pour allaiter leur enfant, ainsi que le sentiment de culpabilité qu'elles peuvent ressentir, ou les critiques qu'elles peuvent essuyer par leur entourage ou les professionnelles de la périnatalité, si elles n'y parviennent pas ou si elles font le choix du biberon.

Dans le cadre de scénarios procréatifs concrétisés à l'aide de la gestation pour autrui ou le don d'ovules, les femmes concernées déstabilisent les attentes de genre associées à la maternité. L'influence de l'institution de la maternité sur leurs expériences est double.

Premièrement, elle se manifeste dans les trajectoires et les stratégies identitaires des femmes. Ce que Becker (2000) qualifie « d'acharnement » de la part des femmes qui cumule de nombreux traitements de fertilité témoigne de la pression liée à l'enfantement et de la maternité comme source de complétude existentielle. Selon Teman (2010), les sacrifices dont font preuve ces femmes tout au long de leur parcours procréatif sont un gage de dévouement pour la concrétisation du projet parental du couple, mais aussi l'illustration d'injonctions intériorisées pour se conformer à l'image de mères véritables, dédiées corps et âme à leur projet parental et

prêtes à surmonter les embûches les menant à la maternité tant convoitée. Dans le cas contraire, une étiquette négative leur sera accolée. Ingrid, une femme rencontrée par la sociologue Dominique Mehl (2008, p. 35) dans le cadre d'une recherche portant sur le don et la procréation assistée en France, témoigne :

Celles qui n'y sont jamais arrivées [être enceinte et donner naissance] ont une image qui leur colle à la peau. Celle de femmes qui ne peuvent pas être mères, qui se trouvent vraiment amputées d'une part de la représentation féminine. Elles sont de mauvaises femmes, des femmes qui ne donnent rien.

Dans son ouvrage *Le conflit, la femme et la mère*, Élisabeth Badinter (2010, p. 180), résume quant à elle les pressions que le « devenir mère » exercent sur les femmes nullipares, ces dernières étant dévalorisées ou disqualifiées étant donné leur infécondité :

Ces nullipares, non par défaut, mais par incapacité physiologique ou physique, sont trop souvent – comme celles qui ne veulent pas d'enfant – la cible des censeurs. Celles qui font tout pour avoir un enfant et celles qui le refusent sont également suspectes. On intime l'ordre aux premières de faire de nécessité vertu, on regarde les secondes comme des égoïstes ou des handicapées qui n'ont pas accompli leur devoir de féminité. Dans les deux cas, elles encourent la désapprobation publique.

De leur côté, les femmes porteuses et les donneuses d'ovules ont avantage à ne pas revendiquer un statut de mère, afin de se prémunir des attaques ou des doutes concernant leur équilibre mental et émotionnel. Par leur contribution au projet parental d'autrui en tant que tierces, elles dérogent aux normes culturelles de la maternité, et risquent par le fait même de subir les contrecoups des jugements d'autrui et recevoir l'étiquette de femmes déviantes (Teman, 2008), c'est-à-dire perçues comme étant anormales, dénuées de sentiments ou dotées d'une morale personnelle douteuse. À ce propos, l'anthropologue Elly Teman (2010, p. 7) précise :

Giving birth to a child for the purpose of relinquishment also defies mainstream assumptions that identify pregnancy with the birth mother's commitment to the project of subsequent lifelong social mothering and threatens dominant ideologies in many cultures that assume an indissoluble mother-child bond.

En s'identifiant comme des « non-mères » et en déployant différentes stratégies pour mettre à distance la maternité, les tierces reproductrices neutralisent ainsi le stigma déviant. L'analyse proposée par Rene Almeling (2011, p. 162-163) à propos de la situation des donneuses d'ovules aux États-Unis est éloquent :

Women who do not nurture are censured as bad mothers [...]. Those women who do not nurture their children, and particularly those who are distant or absent, violate the cultural expectation of maternal instinct and are considered nothing less than unnatural. For this reason, egg agencies and egg donors both have a powerful incentive to define egg donors as not-mothers. If egg donors were categorized as mothers, then, culturally speaking, they would be the worst kind of mothers, Not only are they not nurturing their children, they are selling them for \$5,000 and never looking back.

Deuxièmement, l'institution de la maternité participe à l'émergence et à la construction d'un discours sur le don pour qualifier le processus d'enfantement. Des questions empreintes de jugement telles « Comment une femme peut-elle abandonner l'enfant qu'elle a porté pendant neuf mois? » ou encore « Pourquoi les donneuses acceptent-elles d'offrir une partie d'elles-mêmes? », exhortent les femmes interpellées à développer un argumentaire axé sur l'abnégation pour expliquer leurs motivations à participer au projet parental d'autrui à titre de tierces reproductrices (Curtis, 2010). Autrement, toute référence à l'argent ou à une quelconque forme de rétribution débouche immédiatement sur un contre-discours avilissant le geste, le comparant à « l'achat » d'un enfant chosifié en bien de consommation ou à la « location du ventre » des femmes. Ces dernières sont alors démonisées ou désignées comme des victimes. Les qualités d'altruisme et de générosité souvent accolés à l'identité féminine imprègnent ainsi le discours des femmes porteuses et des donneuses d'ovule documenté dans les recherches ethnographiques (Almeling, 2011; Ragoné, 1994; Shaw, 2007; Jacob-Wagner, 2018), de même que celui des agences privées actives dans le domaine (Kroløkke, Foss et Sandoval, 2010). L'examen de certains jugements démontre que les juges sont aussi sensibles à cette représentation associant GPA et abnégation de la femme porteuse, alors que le vocabulaire utilisé dans leurs décisions met de l'avant l'iconographie du don (Hammons, 2008; Tremblay, 2015).

3.4.3 La reproduction stratifiée et ses inégalités socioéconomiques

Dans le prolongement de l'institution de la maternité et de ses injonctions de genre, un autre axe de structuration des maternités assistées doit être pris en considération pour saisir cette fois-ci la diversité des expériences de vie des femmes concernées, mais aussi, et surtout, les conditions matérielles et les relations de pouvoir que leur position sociale sous-tend. Peu mobilisée dans les recherches francophones, le concept de « reproduction stratifiée » (*stratified reproduction*) développé à l'origine par Shellee Colen (1995) s'avère néanmoins utile pour mettre en lumière les hiérarchies sociales et les inégalités socioéconomiques causées par la classe, la race, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le lieu de résidence et la citoyenneté en matière de santé reproductive et d'accès aux services d'aide à la procréation.

Cette perspective intersectionnelle met en relief les situations d'exclusion vécues par certaines femmes, ainsi que les privilèges détenus par d'autres, dans leurs récits individuels et collectifs au regard des actions publiques et des régulations associées à la reproduction. De fait, les politiques sociales et les lois varient d'une province ou d'un pays à l'autre en ce qui a trait à la reconnaissance des droits reproductifs, entraînant des inégalités sociales; à titre d'exemple, l'accès à l'avortement pour les femmes varie considérablement à l'échelle canadienne, certaines provinces étant même dépourvues de services sur leur territoire (Sethna et Doull, 2013). De même, les couples lesbiens ne peuvent pas recourir aux procréations médicalement assistées (PMA) pour devenir mères en France, contrairement à la situation des couples québécois (Gross, 2017). L'encadrement sanitaire de la maternité fluctue également selon le statut et le parcours migratoire des patientes enceintes, comme le montre l'expérience des femmes immigrantes par rapport aux soins de santé périnatale (Higginbottom, Hadziabdic, Yohani et Paton, 2014). Enfin, les hommes gais et bisexuels ne peuvent pas donner du sperme au Canada, contrairement aux candidats hétérosexuels (Epstein, 2014). Ces exemples montrent chacun à leur manière la présence de barrières structurelles qui briment l'autonomie reproductive et bafouent les droits de certains groupes, selon leur position dans la société, l'encadrement législatif en vigueur et l'adaptation des pratiques professionnelles.

Dans cette recherche, le concept de reproduction stratifiée est utilisé pour analyser à la fois les contextes d'action du processus d'enfantement, mais aussi les normativités qui s'y construisent et qui viennent teinter l'expérience des femmes concernées. La position sociale de ces dernières est ainsi prise en compte pour restituer leurs expériences au regard de l'encadrement du système d'aide à la procréation, les pratiques cliniques et les filières d'accès à la GPA et le don d'ovules.

Le recours aux techniques de reproduction assistée n'est pas à la portée de tout le monde, puisque certaines de ces techniques, la FIV par exemple, nécessitent des moyens financiers conséquents (Bell, 2009). Si la couverture publique du programme de procréation assistée offerte pendant cinq ans au Québec avait le mérite de favoriser l'accès aux services d'aide à la procréation (Scala, 2014), sa refonte en 2015 a de nouveau dressé des barrières pour les personnes moins nanties et celles ne correspondant pas aux critères d'admissibilité. Selon Paterson, Scala et Sokolon (2014, p. 9), cet accès différencié aux services soulève des enjeux liés notamment à la classe et à la race/ethnie :

IVF is therefore only accessible to middle- and upper-class women, often white, who have the resources to pay for it; underprivileged woman, who experience infertility at a higher rate, are excluded for becoming mothers through this avenue. By relegating IVF to the private market, the federal government is contributing to the stratification of reproduction by perpetuating social hierarchies based on class and race.

Cette disparité est d'autant plus surprenante que l'infertilité, contrairement aux représentations et croyances populaires, est plus fréquente chez les femmes des classes populaires que chez les femmes issues des classes moyennes ou aisées (Ryan, 2001; Scala, 2014). Les femmes noires âgées de moins de trente ans, bien qu'étant le groupe de la population rencontrant le plus de problèmes de fertilité selon les données épidémiologiques disponibles aux États-Unis, sont pourtant absentes des cliniques pour y recevoir des traitements, comparativement à leurs consœurs blanches plus âgées. Cette situation montre, selon Van Balen et Inhorn (2002, p. 11), le fossé entre les besoins d'une frange importante de la population aux prises avec des problèmes d'infertilité et l'accès aux technologies de la reproduction réservé à une élite :

Although high-tech reproductive medicine is being rapidly exported around the globe, it is often available only to elite segments of the population in developing countries. The class-bound medical exclusion of large segments of the infertile population only serves to create increasing frustration and resentment among those less fortunate individuals who desire but are prevented from accessing new technologies.

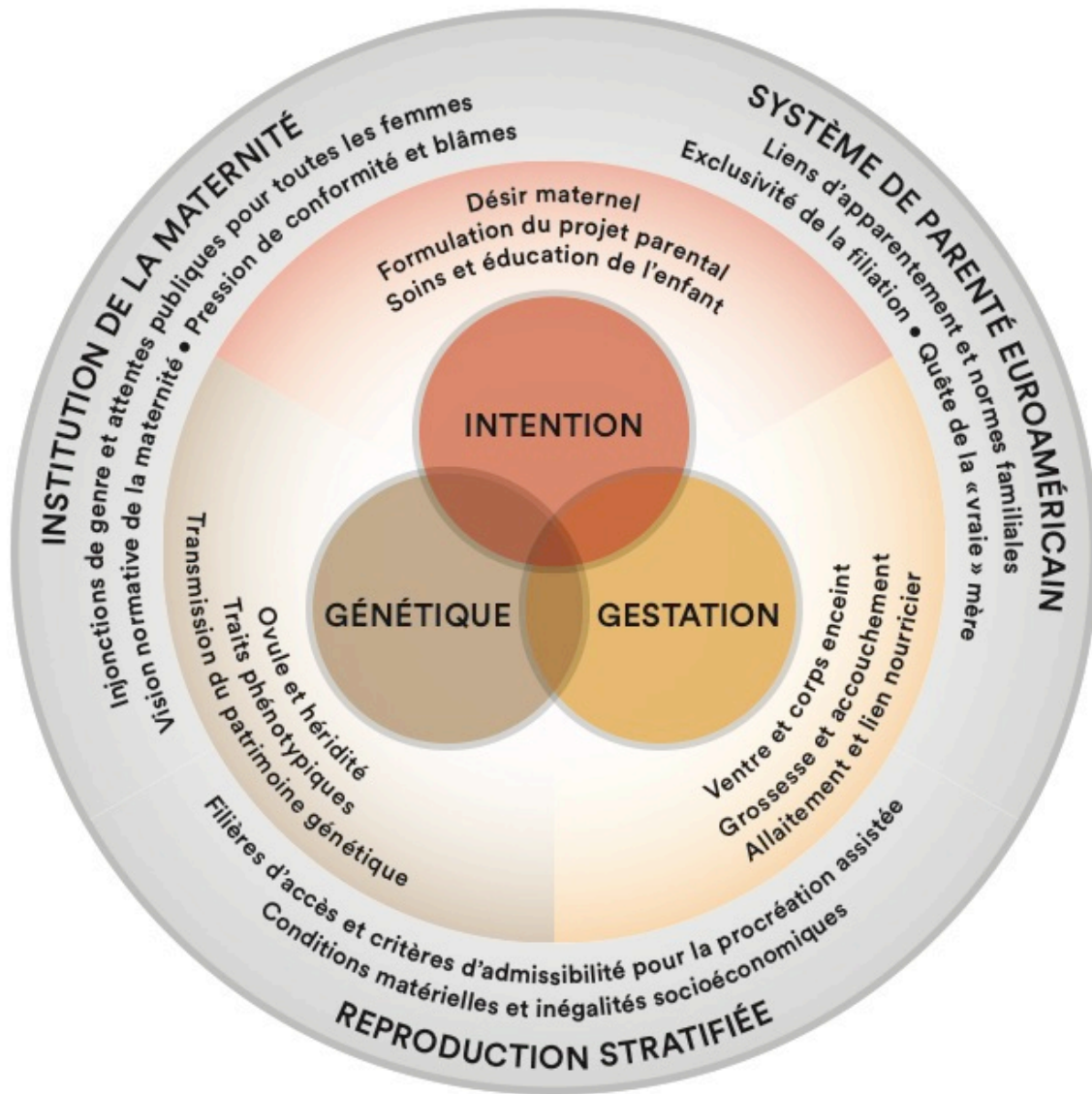
Par ailleurs, l'accès aux soins en matière de procréation assistée est régulé dans une large mesure par les cliniques de fertilité, qu'elles soient privées ou publiques. L'infertilité comme condition médicale fait en sorte que les médecins détiennent la prérogative sur la dispensation des traitements. Au regard de la praxis médicale et psychosociale dans le domaine de l'obstétrique, les critères utilisés pour déterminer qui peut avoir accès ou non aux traitements et sous quelles conditions sont souvent de nature morale ou sociale, plutôt que médicale (Gurmankin, Caplan et Braverman, 2005; Sperling et Simon, 2010; Stern, Cramer, Garrod et Green, 2002; Storrow, 2007). Les critères liés à l'âge, au poids ou à la santé mentale de la patiente par exemple varient d'une clinique à l'autre (Gerrits, Reis, Braat, Kremer et Hardon, 2013; Scala, 2014); l'avis du médecin ou de la psychologue recèlerait ainsi une certaine part de subjectivité (Morel-Laforce, 2016), laquelle est alimentée par les représentations des professionnels de la « bonne » patiente, du milieu de vie optimal ou de la situation conjugale jugée adéquate pour fonder une famille.

En ce sens, la stratification de la reproduction a une incidence sur la filière d'accès choisie par les couples pour fonder une famille; le recours aux services d'une agence privée ou d'une clinique étant parfois écarté, faute de moyens financiers ou à la suite d'un refus de traitement, au profit d'une prise de contact en ligne par l'entremise d'un groupe Facebook (Lavoie et Côté, 2018b). Ce choix permet à la fois de réduire les coûts associés au processus à l'aide d'intermédiaires, mais aussi de contourner leur régulation. Cela indique que les personnes concernées ne font pas que subir les situations, mais déploient différentes stratégies pour leur résister.

3.5 Vers une perspective intégrative des savoirs

La présence des trois femmes représentées dans la triade d'enfantement – mère d'intention, femme porteuse et donneuse d'ovules – rend saillante la fragmentation de la maternité introduite par les techniques de reproduction. Chaque femme est associée à l'une des composantes de la maternité selon sa contribution dans cette triade, laquelle évoque un ensemble de symboles et de représentations. La « filiation humaine métissée » évoquée par Ravez (2013, p. 124) pour désigner les maternités assistées peut alors être décortiquée en séquences pour révéler l'attribution de sens et les pratiques sociales des femmes. Cette perspective s'ancre dans un certain pragmatisme, ou ce que Memmi (2014, p. 192) appelle un « constructivisme en acte », pour mieux comprendre de manière empirique les singularités de la procréation assistée à l'aide de tierces. Un tel modèle offre un cadre d'analyse souple, mais néanmoins structurant, pour alimenter l'analyse des données. La figure suivante en offre une illustration.

Figure 3. Maternités assistées et axes de structuration sociale



Au cœur de ce modèle se trouve un diagramme de Venn réunissant les trois composantes de la maternité, soit l'intention, la génétique et la gestation. La première renvoie à la formulation du projet parental de départ. Elle s'exprime par la construction d'une identité maternelle basée sur le désir parental et l'exercice d'un rôle de mère au quotidien. La deuxième composante réfère au patrimoine génétique et à l'hérédité. Elle est représentée par le gamète en tant que cellule reproductrice extraite à l'aide de la fécondation in vitro. La troisième dimension, la gestation,

évoque la grossesse et l'accouchement. Elle recèle une puissance symbolique associée au corps enceint, lequel est investi par le droit comme fondement de la filiation légale.

Selon le scénario procréatif et le nombre de femmes concernées, les trois composantes de la maternité se séparent, s'associent ou s'imbriquent l'une dans l'autre. Par exemple, une entente de GPA génétique réunit deux femmes, soit la mère d'intention et la femme qui porte le fœtus conçu avec ses propres gamètes (union de la génétique et de la gestation). Dans le cas d'une entente de GPA gestationnelle, deux avenues sont possibles. La première réunit la mère d'intention qui utilise ses propres gamètes pour concrétiser son projet parental (union de l'intention et de la génétique) avec l'aide d'une femme porteuse qui lui remettra l'enfant après la naissance (gestation). La deuxième avenue rassemble trois femmes et autant de maternités disjointes, soit la mère d'intention, la donneuse d'ovules et la femme porteuse. Ces positions sont mouvantes et le sens qui leur est accolé se précise selon le scénario procréatif. C'est ce que Charis Thompson (2005) nomme une « chorégraphie ontologique » dans laquelle les liens sociaux et biologiques peuvent être ou non considérés comme déterminants.

Le déploiement des maternités assistées par tierces reproductrices et ses axes de structuration sociale offrent des prises conceptuelles pour mieux comprendre la construction du rapport à la maternité des femmes concernées par la GPA et le don d'ovules. Ce cadre n'a pas une visée interprétative rigide, mais sert à alimenter l'analyse des données dans le but de créer une modélisation théorique originale. Ses apports sont de deux ordres.

D'abord, le concept souligne avec emphase les dissociations introduites par les techniques de reproduction, décloisonnant le raisonnement dichotomique entre les maternités dites « sociales/culturelles » et « biologiques/naturelles » au profit des trois composantes de la maternité (intention, génétique et gestation). Cet angle d'analyse est utile afin de contextualiser de façon plus nuancée les expériences des femmes selon leur apport respectif au projet parental. La distinction entre la génétique et la gestation au sein de la dimension biologique de la maternité est à cet égard une donnée importante. Il en est de même pour la triangulation des points de vue des trois femmes concernées.

Ensuite, le concept prend en compte l'articulation de trois axes de structuration sociale, et leur influence combinée sur les discours et les pratiques sociales qui participent à la construction du rapport à la maternité chez les femmes concernées par la GPA et le don d'ovules. De fait, les normes du système de parenté euroaméricain et les pressions exercées par l'institution de la maternité influencent la définition et l'aménagement des liens en soulevant plusieurs préoccupations, dont la question de la « vraie » mère comme figure unique et exclusive, et l'image idéalisée de la « bonne » mère dotée de qualités féminines valorisées. La stratification de la reproduction montre quant à elle les rapports de pouvoir qui prennent appui sur la hiérarchisation des positions sociales occupées par les femmes concernées, leurs conditions économiques respectives et les inégalités socioéconomiques que leur position soutient. Elle prend aussi en compte les stratégies de résistance déployées par les femmes pour contourner, subvertir ou dénoncer leur situation.

Le prochain chapitre poursuit la présentation de la démarche de recherche, en introduisant le cadre méthodologique basé sur la théorisation enracinée constructiviste selon une approche qualitative.

Chapitre IV. Cadre méthodologique

Théoriser la construction du rapport à la maternité

La présente recherche vise à théoriser le rapport à la maternité chez les femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules au Canada. Cela passe par une meilleure compréhension des expériences vécues par chaque groupe de femmes, qu'elles soient mères d'intention, femmes porteuses ou donneuses d'ovule. Considérant la polémique qui entoure le phénomène et sa méconnaissance sur le plan scientifique, la recherche qualitative comme approche de la proximité (Paillé, 2007) est alors tout indiquée pour recueillir leurs voix encore aujourd'hui peu entendues. La construction de ce savoir empirique implique une interprétation mutuelle du sens de leurs actions, lesquelles sont ancrées dans des représentations et des contextes qui suggèrent des logiques différenciées. Cette démarche de recherche dépasse la simple description du phénomène, puisqu'elle vise l'élaboration d'un modèle explicatif inédit. L'analyse n'est donc pas effectuée dans le but de rapporter simplement les propos des femmes, mais bien afin de les décortiquer et de réorganiser les données pour en dégager une modélisation théorique.

Ce chapitre présente le cadre méthodologique de la thèse. Il est composé de quatre parties. Dans la première, je fais un survol de la méthodologie de la théorisation enracinée, ses fondements et ses interprétations contemporaines. J'expose ensuite la perspective constructiviste que j'ai retenue pour ma recherche, de même que la posture subjective du chercheur qu'elle implique. La deuxième partie est consacrée à l'entretien compréhensif et à l'abduction comme raisonnement analytique de ma recherche qualitative, tandis que la troisième porte sur la stratégie de recherche. J'y relate mon expérience de terrain, tant sur le plan de la collecte des données que des choix méthodologiques ayant présidé à sa réalisation. Je conclus le chapitre en soulignant les considérations éthiques ayant guidé l'ensemble de ma démarche.

4.1 La méthodologie de la théorisation enracinée

La méthodologie de théorisation enracinée (MTE) s'inscrit dans un courant épistémologique visant à proposer une autre façon de faire de la recherche. Elle offre un cadre méthodologique fécond pour appréhender les phénomènes humains et sociaux sous l'angle des processus et des expériences vécues. Le matériau empirique est à la fois le point de départ et le fil conducteur menant à l'émergence d'un modèle explicatif. Juliet Corbin, dans la préface d'un ouvrage collectif dirigé par les chercheurs québécois Jason Luckerhoff et François Guillemette (2012a, p. ix), en offre une description sommaire :

La MTE vise l'exploration de situations, l'identification de concepts pertinents et la génération d'hypothèses. Sa finalité est de saisir la variabilité et la complexité du comportement humain. L'aboutissement du travail d'exploration ne constitue pas tant un ensemble de découvertes ou la reconnaissance d'une « vérité », mais plutôt l'élaboration d'une interprétation théorique qui permette de mieux saisir et de mieux comprendre les phénomènes humains quotidiens, et qui montre comment le comportement humain change au fil du temps.

L'expression « théorie ancrée » est la traduction de *grounded theory* la plus courante dans les travaux de recherche publiés en français. Or, comme l'expliquent Luckerhoff et Guillemette (2012b), le terme « ancrage » est contraire aux fondements épistémologiques de la *grounded theory*, puisqu'il suggère une fixation rigide et ferme qui empêche le mouvement; la symbolique de l'enracinement, plus appropriée selon eux, suppose quant à elle un travail qui gagne en force à travers un déploiement progressif et constant. Cette façon de nommer le processus permet de souligner la construction théorique liée aux données de terrain. Dans le même ordre d'idées, le terme « théorisation » souligne le caractère processuel de la démarche, soit les mouvements constants et progressifs entre la cueillette et la conceptualisation des données empiriques. Contrairement à une « théorie » aboutie et définitive, la théorisation évoque un éclairage nouveau sur un phénomène, construit à un moment précis, mais néanmoins évolutif (Méliani, 2013).

La MTE s'enrichit depuis déjà une quarantaine d'années de travaux issus de disciplines variées et portant sur des sujets tout aussi divers, notamment en sciences de l'éducation, en sciences infirmières et en travail social (Higginbottom et Lauridsen, 2014; Luckerhoff et

Guillemette, 2012a). Elle est d'ailleurs la méthodologie qualitative la plus utilisée dans les publications anglophones (Birks et Mills, 2011). Dans l'univers savant francophone, elle gagne en popularité, se consolide et s'institutionnalise (Luckerhoff et Guillemette, 2017), comme en témoigne la création en 2014 de la revue *Approches inductives* basée à l'Université du Québec à Trois-Rivières et la parution deux ans plus tôt d'un ouvrage collectif réunissant des contributions variées, tant sur le plan des fondements théoriques que des usages de la MTE dans le processus de recherche. Ces exemples témoignent de la vitalité et de la reconnaissance grandissante de cette méthodologie comme perspective de recherche légitime.

4.1.1 Contexte d'émergence, fondements et interprétations

Dans la foulée des travaux de chercheurs interactionnistes de l'École de Chicago²⁵, Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss élaborent vers la fin des années 1960 une méthodologie de recherche dont l'objectif principal est de générer des théories enracinées dans les données empiriques. Après la publication de leur recherche sur la conscience de la mort (Glaser et Strauss, 1965), les deux sociologues formalisent de manière rétrospective les fondements de cette méthodologie novatrice dans l'ouvrage *The Discovery of Grounded Theory* (Glaser et Strauss, 1967), lequel inspirera des générations de scientifiques désireux de produire des connaissances nouvelles à partir de données de terrain.

En tant que « projet épistémologique visant à renverser l'ordre traditionnel de la démarche scientifique » (Luckerhoff et Guillemette, 2012b, p. 3), la MTE souhaitait s'affranchir à l'époque des diktats de la recherche quantitative et de ses critères de scientificité rigides qui ne permettaient pas de faire de la recherche autrement. Elle s'inspire de deux courants philosophiques étasuniens, soit le pragmatisme et la phénoménologie (Corbin et Strauss, 2015; Bryant, 2009; Strübing, 2007).

²⁵ La méthode ethnographique privilégiée entre autres par Erving Goffman et Howard Becker a dérogé aux techniques d'enquête par questionnaires et d'analyse statistique, lesquelles détenaient le monopole de la reconnaissance et de la légitimité scientifiques jusqu'à la seconde moitié du XX^e siècle (Chapoulié, 2000). Leurs travaux de recherche par observation participante mettent l'accent sur l'analyse des processus plutôt que celle des structures, valorisant ainsi les interactions sociales et la construction de sens chez les acteurs sociaux, de même que leur portée symbolique.

En ce qui concerne le premier courant, les fondateurs de la théorisation enracinée ont puisé dans les enseignements de l'observation directe pour être en mesure de constater la complexité des phénomènes et d'en apprécier leur évolution. La documentation des pratiques sociales et leur analyse permettent alors, de façon inductive, de formuler selon eux des théories qui correspondent aux réalités vécues par les personnes et les groupes concernés. La MTE a emprunté du deuxième courant le principe de mise en veilleuse, ou mise entre parenthèses (*bracketing*), de toute idée préconçue pour favoriser l'expression du phénomène étudié et en capter les subtilités.

Contrairement à une approche strictement hypothético-déductive qui vise à valider une hypothèse, la MTE s'inscrit plutôt dans une démarche inductive pour la construction de connaissances (Guillemette et Luckerhoff, 2009). Selon Gingras et Côté (2010, p. 28), « le raisonnement inductif prend racine dans des cas particuliers et aboutit à des généralisations dont on peut évaluer la vraisemblance (mais non la certitude) par la confrontation à d'autres cas particuliers ». Six principes de base articulés selon une méthodologie particulière guident la théorisation enracinée (Alvesson et Sköldbberg, 2009; Amsteus, 2014; Corbin et Strauss, 2015; Guillemette et Luckerhoff, 2009; Méliani, 2013) :

1. *L'exploration et l'inspection*. La concrétude des phénomènes sociaux passe par un examen minutieux et un retour constant entre les données et les analyses. Ceci suppose de tester les analyses provenant de l'exploration pour confirmer ou infirmer leur cohérence avec les faits relatés.
2. *La concordance entre la théorisation et les données empiriques*. Mieux connu sous l'expression « *emergent-fit* », ce principe suppose d'ajuster sans cesse la théorisation en fonction des émergences empiriques, pour attester de son adéquation. Les théories ne sont donc pas « découvertes » purement et simplement, mais se construisent à partir des codes et des catégories qui émergent des données, lesquels permettent ensuite d'élaborer des énoncés théoriques. L'application de ce principe met en lumière l'opérationnalisation de la stratégie de recherche (choix des instruments de collecte de données, les procédures d'analyse, etc.) qui évolue à travers le temps, selon ce qui est induit par les données et les possibilités d'échantillonnage.

3. *L'échantillonnage théorique.* La collecte des données doit permettre de mieux comprendre le phénomène, et non simplement de le documenter par un nombre imposant de cas ou par une variété de situations différentes comme c'est le cas selon un échantillonnage statistique. La saturation théorique représente alors le critère permettant de jauger de la fin de la collecte et de l'analyse des données. Ce principe implique que le chercheur ignore à l'avance les échantillons dont il aura besoin pour élaborer son modèle théorique.
4. *Le recours aux écrits scientifiques.* La suspension temporaire de la référence aux recherches lors de la réalisation de l'étude est fortement suggérée par les tenants de l'approche originelle de la MTE, pour ne pas être « contaminé » par les théories existantes ou nos préconceptions. « *There is a difference between an open mind and an empty head* », rappelle avec une pointe d'humour Ian Dey (1999, cité dans Charmaz, 2014, p. 117). De fait, l'analyse de faits empiriques peut être combinée ou précédée d'une étude approfondie des théories et des recherches antérieures, sans pour autant renier les principes de la MTE. Il est toutefois important qu'elle soit considérée comme une source d'inspiration, et non un cadre rigide imposant une vision prédéfinie qui inhiberait alors le potentiel créatif du processus de théorisation. Afin de se conformer aux exigences institutionnelles, Luckerhoff et Guillemette (2011) recommandent que la recension des écrits et l'état des connaissances se fassent *après* l'élaboration de la modélisation théorique.
5. *La sensibilité théorique.* Ce principe consiste à enraciner son analyse dans les données, tout en adoptant une certaine distanciation envers elles. Autrement dit, il faut porter attention aux données dans une visée de théorisation. La rédaction de mémos représente un outil indispensable pour développer des catégories favorisant la montée en théorisation. Le recours à des « concepts sensibilisateurs » (*sensitizing concepts*) comme instruments de lecture permet une plus grande acuité sur le plan conceptuel (Bowen, 2006). Selon Corbin et Strauss (2015), un tel appareillage permet de dépasser les évidences de sens commun après les premières analyses et de donner sens aux données empiriques.

6. *La circularité de la démarche.* La collecte et l'analyse des données se font de façon circulaire, dans une interaction et une influence mutuelle. L'orientation inductive et le principe d'*emerget-fit* de la MTE suggèrent ainsi une alternance, soit des allers-retours constants entre le terrain et l'analyse, et non pas un processus de recherche « classique » en séquences, avec la collecte dans un premier temps, puis l'analyse des données dans un second temps.

Outre les principes de bases qui orientent l'élaboration du devis de recherche et son déroulement, la méthode d'analyse par théorisation enracinée se distingue par les opérations déployées (Méliani, 2013), c'est-à-dire les différentes étapes du processus : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation. Chaque étape contribue à la théorisation du phénomène observé, par un niveau de conceptualisation et d'abstraction des données empiriques qui prend de l'ampleur au fur et à mesure de leur analyse. Ces opérations ne sont pas linéaires, et leur importance varie en cours de recherche.

La pluralité des interprétations et des approches de la MTE recensée actuellement dans les univers savants tant francophones qu'anglophones, montre que cette méthodologie s'est démocratisée et emprunte désormais des avenues nouvelles qui se distinguent, voire s'éloignent des principes et des opérations élaborés à l'origine par ses fondateurs (Amsteus, 2014; Guillemette et Luckerhoff, 2015). La posture du chercheur dans le processus de recherche et la référence aux écrits scientifiques sont deux considérations faisant dissensions chez les initiés. Même Glaser et Strauss s'engageront sur des voies différentes au cours de leurs carrières; le premier étant celui qui restera le plus fidèle à la version originelle et positiviste de la méthodologie (MTE dite « glaserienne », ou classique), tandis que le deuxième, en collaboration avec la professeure en sciences infirmières Juliet Corbin, en proposera une version davantage tournée vers la vérification (MTE dite « strausienne »).

D'autres courants qualifiés de « postmodernes » émergeront de ces deux orientations fondatrices pour constituer une nouvelle génération d'écoles de MTE, dont l'analyse des situations (Clarke, 2005), ainsi que la méthodologie constructiviste (Charmaz, 2014) retenue pour la présente thèse. Le choix d'un courant implique plusieurs considérations, dont la prise en compte de la question de recherche et le style cognitif du chercheur (Heath et Cowley, 2004).

Au-delà de l'affiliation à l'une ou l'autre des écoles de pensées, ce qui importe, selon Charmaz (2012) et Jacques et ses collègues (2015), est de bien expliciter son choix et de prendre acte des implications épistémologiques et méthodologiques qui en découlent.

4.1.2 Une perspective constructiviste

Dans la foulée des travaux de Strauss et Corbin (1990), la professeure en psychologie sociale Kathy Charmaz propose au début des années 2000 une interprétation alternative de la MTE, en situant sa démarche de recherche dans une perspective résolument constructiviste. Elle souhaite ainsi se distancer, voire rompre avec une certaine vision positiviste de la théorisation enracinée. Le postulat objectiviste de base énoncé par Glaser voulant qu'il existe une réalité extérieure qui peut être découverte et documentée par un observateur prétendument « neutre » est remis en question par la chercheuse (Charmaz, 2014, p. 13) :

Researchers can use grounded theory strategies without endorsing mid-century assumptions of an objective external reality, a passive, neutral observer, or a detached narrow empiricism. If, instead, we start with the assumption that social reality is multiple, processual, and constructed, then we must take the researcher's position, privileges, perspective, and interactions into account as an inherent part of the research reality. It, too, is construction.

Dans un article paru au début du nouveau millénaire qui provoquera de vifs débats – discussions qui se poursuivent d'ailleurs encore de nos jours dans les revues spécialisées (Breckenridge, Jones, Elliott et Nicol, 2012; Bryant, 2009; Glaser, 2012; Strübing, 2007) – Kathy Charmaz (2000) amorce le tournant constructiviste de la MTE. Elle y pose les bases de sa démarche, puis l'argumente et la consolide davantage au fil des années (2005, 2006, 2009, 2012). La deuxième édition de son livre *Constructing Grounded Theory* (Charmaz, 2014) constitue l'ouvrage de référence utilisé pour l'élaboration du cadre méthodologique de ma thèse. À ce propos, la MTE constructiviste puise ses racines dans deux courants sociologiques, soit le constructivisme et l'interactionnisme symbolique.

Dans leur livre *La construction sociale de la réalité*, un ouvrage de référence pour la conceptualisation théorique du constructivisme social, Peter L. Berger et Thomas Luckmann (2006/1966) arguent que les réalités vécues par les personnes et les groupes sont construites à

travers l'interprétation qu'en font les individus en tant que sujets actifs. Ces réalités émergent au carrefour de leurs perceptions des événements et du contexte historique, institutionnel et culturel dans lequel s'insèrent leurs expériences. Bien que la MTE constructiviste adhère au principe qui stipule que toute connaissance est une construction de l'esprit humain, elle porte davantage son attention sur le processus dynamique de cette construction et l'interaction entre le chercheur et l'individu pour circonscrire la réalité sociale.

En vertu de son pragmatisme et de l'intérêt qu'il porte à la construction du sens et à l'interaction entre les personnes, l'interactionnisme symbolique entretient une relation étroite avec la théorisation enracinée (Charmaz, 2014; Chamberlain-Salaun, Mills et Usher, 2013). Toutes deux héritières de la tradition de l'École de Chicago, ces perspectives analytiques reposent sur trois principes fondamentaux : 1) les personnes agissent à l'égard des événements en fonction du sens qui leur accordent; 2) ce sens est le fruit des interactions entre les acteurs impliqués, incluant le chercheur et 3) le processus interprétatif mis en œuvre par chacun modifie le sens du phénomène (Blumer, 1969; Poupart, 2011). La signification accordée par les femmes à l'égard de leur rôle dans la triade d'enfantement évoque les principes interactionnistes repris dans cette recherche, soit la trajectoire biographique des participantes, où prime le sens qu'elles octroient à leurs comportements, notamment les pratiques d'appropriation et de mise à distance de la maternité déployées par chaque groupe de femmes.

Enfin, la théorisation enracinée constructiviste nécessite que l'objet de recherche renvoie à un processus, c'est-à-dire qu'il soit abordé sous l'angle de l'évolution d'un phénomène. Selon Charmaz (2014), un processus consiste à un déploiement de séquences temporelles pouvant comporter des marqueurs identifiables, avec des débuts et des fins bien définis, ainsi que des points de repère entre les deux. Ces séquences font partie d'un processus menant à un changement; un événement circonscrit dans le temps est ainsi lié à un tout plus grand que ses parties. Ceci est le cas pour les maternités assistées par tierces reproductrices, qui ne sont pas des réalités homogènes ni statiques. L'aspect processuel est au cœur de ma démarche, comme en témoignent la question et les objectifs de recherche portant sur le rapport à la maternité, lequel se construit à travers un processus d'enfantement qui se découpe lui-même en séquences

temporelles : convergence des trajectoires et des motivations, négociation de l'entente et mise en pratique de la gestation pour autrui et du don d'ovules menant à la naissance d'un enfant.

4.1.3 La posture subjective du chercheur

Les connaissances ne sont pas objectives ni ne peuvent prétendre à la vérité absolue; elles évoquent, selon Charmaz (2014), les regards subjectifs des acteurs dans la relation d'enquête et leur position située dans un contexte social en constante évolution. Cette perspective constructiviste s'enracine dans une approche interprétative, puisque le sens que les participantes attribuent à leur vécu est central pour la compréhension du phénomène à l'étude (Charmaz et Belgrave, 2012). La position du chercheur comme sujet faisant lui-même partie de l'environnement social étudié est un élément prépondérant dans la construction des savoirs entourant l'objet. Autrement dit, la théorisation qui émane de la recherche est le résultat d'interprétations de ma part. Plutôt que de dénier la situation ou de tenter d'y faire complètement abstraction, Charmaz (2014) suggère de la reconnaître et de la canaliser de façon réfléchie.

En m'attachant à comprendre le rapport à la maternité chez les femmes concernées par la GPA et le don d'ovules, j'ai choisi d'orienter ma recherche dans une perspective profémiste. « Loin d'être de simples 'victimes' du système médical, rappelle l'anthropologue Agnès Fine (2001, p. 67), les femmes concernées par ces techniques sont actrices sociales à part entière ». De fait, je souhaite mettre en lumière les rouages de systèmes qui structurent le vécu des femmes et génèrent des inégalités – l'institution de la maternité et la reproduction stratifiée, par exemple – tout en dégageant leurs stratégies singulières déployées pour faire face à l'adversité. Cette posture critique et post-moderne implique une réflexion épistémologique sur le type de savoirs produits (Ollivier et Tremblay, 2000), ainsi que sur ma positionnalité en tant que chercheur engagé (Anadón, 2013). La « connaissance située » telle que définie par Haraway (1988) souligne l'importance de reconnaître mes propres valeurs et représentations tout au long du processus de recherche. Cette reconnaissance de ma position située peut ainsi nourrir le processus interprétatif si cher à la MTE constructiviste.

Mes travaux de recherche, ainsi que ceux auxquels je contribue sous la supervision de ma directrice de thèse, ont tous portés sur des réalités conjugales et familiales émergentes, notamment celles concernant la procréation assistée par autrui. Au fil des rencontres avec des parents, leurs enfants et les tiers donneurs, j'ai constaté que les personnes concernées font preuve d'agentivité et déploient différentes stratégies pour naviguer à travers des cadres normatifs qui hiérarchisent les identités ou érigent des barrières structurelles qui briment leurs droits. Par la mise en commun des expériences recueillies dans le cadre de ces recherches, j'ai été à même de constater la dimension relationnelle qui se dégage des processus d'enfantement à plusieurs, et des préjugés tenaces qui leur sont malheureusement encore accolés.

Mon expérience professionnelle comme travailleur social et formateur au sein des communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans (LGBT) et, plus particulièrement, auprès des familles issues de la diversité sexuelle et de genre m'amène quant à elle à reconnaître et à valoriser la résilience et les forces des personnes qui dérogent aux normes familiales, de genre et des sexualités. « Faire famille » prend différents visages et se conjugue pour moi au pluriel, puisque le désir d'enfant à la base du projet parental s'ancre dans une pluralité de trajectoires, de modèles et de configurations familiales où s'entrecroisent les liens sociaux, biologiques et légaux. À mes yeux, la diversité familiale est une richesse qu'il convient de promouvoir, et non de réprouver.

Sur un plan plus personnel, la GPA représente l'un des trois contextes d'accès à la paternité disponible pour moi en tant qu'homme gai (avec l'adoption locale et la coparentalité planifiée). L'éventualité d'être ou non le géniteur de mon enfant est alors une discussion incontournable au sein de mon couple, ce qui teinte mon regard face à la parenté, à la parentalité et à la filiation. À l'instar des mères d'intention que j'ai rencontrées pour ma thèse, fonder une famille avec mon conjoint implique nécessairement la formulation d'un projet parental et des démarches impliquant au moins une personne extérieure à notre couple, ainsi que possiblement des contacts avec des établissements de santé et de services sociaux. Contrairement aux couples hétérosexuels infertiles, la GPA n'est toutefois pas une solution de dernier recours après des tentatives infructueuses, mais bien un choix initial qui gagne même en popularité au sein de ma communauté. Bien que je côtoie plusieurs pères dont les enfants sont nés récemment grâce à

une femme porteuse, je n'envisage pas la GPA pour fonder ma propre famille. Je n'ai donc pas choisi mon projet de thèse en fonction d'un intérêt personnel à l'égard de ce mode d'entrée en famille, mais bien par souci de mieux comprendre les expériences des femmes concernées, afin de déconstruire certains préjugés qui les stigmatisent et, ultimement, réfléchir à des moyens pour mieux les soutenir.

En outre, ma position située en tant que chercheur qui s'intéresse à la maternité a eu une influence certaine sur le processus de recherche, principalement au moment de la collecte et l'analyse des données. N'étant pas moi-même directement concerné par le sujet, je devais alors être particulièrement attentif aux « angles morts » engendrés par mon expérience personnelle et mes connaissances purement théoriques sur l'intimité des femmes et leur rapport au corps. Ces angles morts faisaient en sorte que certaines réalités pouvaient passer sous mon radar au moment des entretiens ou encore, m'amenaient à poser un regard déformé ou édulcoré sur certaines situations périnatales que me racontaient les participantes. Par exemple, au moment de discuter de résultats préliminaires concernant les grossesses gémellaires ou certaines complications survenues pendant l'accouchement, j'ai parfois eu tendance à sous-estimer les implications de ces situations et leurs retombées sur la santé et le vécu psychosocial des femmes. Alerté par ma directrice de thèse à propos de ces maladroites, j'ai dès lors porté une attention particulière à mes interprétations, en me renseignant davantage sur le sujet par des lectures complémentaires et des discussions avec des femmes de mon entourage.

Ma positionnalité a aussi une incidence sur la manière dont les personnes perçoivent ma démarche de recherche, ou me prêtent des intentions basées sur mes différents statuts. En tant qu'homme gai universitaire ayant un accès privilégié à certaines ressources étant donné ma situation socioéconomique et mon niveau d'éducation, je corresponds en effet au profil type du futur parent d'intention par GPA faisant l'objet de critiques de la part des détracteurs et détractrices de la pratique (Guilbault et Sirois, 2017). Ma parole et mes écrits peuvent alors être réduits à ce que je représente comme individu, ou être entendus et lus par le filtre de stéréotypes. L'inconfort et le malaise qu'engendre une telle captation du discours m'ont tout de même été très utiles, puisque cela m'a permis de mieux comprendre le piège du « récit unique » évoqué dans la problématique et auquel sont confrontées mes participantes. Refusant que ma parole soit

confinée à des présupposés ou des idées reçues, j'ai été sensible à ne pas reproduire le même phénomène auprès des femmes que je rencontrais.

Somme toute, la reconnaissance et le dévoilement de mon point de vue situé ne sont que le point de départ d'une réflexion qui gagne en richesse et en profondeur à chaque étape de la recherche. Si la théorisation s'enracine dans les données que j'ai recueillies, elle se construit et se déploie grâce à la réflexivité qui l'alimente. Comment rejoindre les femmes et recueillir leur parole sans la confisquer ou la pervertir? Comment est-ce que j'entrevois la relation d'enquête et l'apport de chacun et chacune dans la construction des savoirs? Comment puis-je restituer les résultats de la recherche en respectant le vécu des femmes, tout en prenant garde aux implications sociales et politiques de leur diffusion? L'examen approfondi de mon expérience de recherche, de mes décisions et de mes interprétations fait ainsi partie prenante du processus menant à la modélisation théorique.

4.2 L'approche qualitative pour recueillir la parole des femmes

Dans une perspective de recherche par MTE, la pertinence théorique par rapport à la question de recherche guide l'orientation méthodologique. En cohérence avec l'approche constructiviste des phénomènes humains (Mucchielli, 2005; Paillé et Mucchielli, 2016), le choix de la recherche qualitative s'est imposé de lui-même pour mieux comprendre les expériences des femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules. Les professeurs en sciences de l'éducation Marta Anadón et François Guillemette (2007, p. 27) en rappellent les particularités :

Les réalités subjectives et intersubjectives sont considérées, non seulement comme des objets de connaissance scientifique, mais aussi comme des instruments de recherche. L'étude de la vie quotidienne, comme lieu où se construisent et se développent les différentes dimensions qui constituent le monde humain, devient de plus en plus nécessaire pour en arriver à comprendre des phénomènes comme les valeurs, les représentations et les significations que les acteurs sociaux donnent à la vie humaine.

Le choix de la recherche qualitative dans la présente thèse se justifie de trois façons. Premièrement, l'approche qualitative offre l'opportunité d'avoir accès aux savoirs des personnes interrogées, ainsi qu'à la signification et à l'interprétation de leurs actions (Charmillot et Dayer, 2007; Padgett, 2016). « Elle valorise la subjectivité comme espace de construction de la réalité humaine », ajoutent Anadón et Guillemette (2007, p. 30). Deuxièmement, l'entretien comme instrument de collecte de données permet d'obtenir des réponses liées aux trajectoires de vie des femmes, en plongeant dans leur vécu. Les méthodes qualitatives visent justement à explorer plus en profondeur le point de vue des personnes concernées par un phénomène pour en éclairer les contours socioculturels (Denzin et Lincoln, 2018). Troisièmement, la recherche qualitative est caractérisée par la souplesse de ses approches permettant de construire une compréhension de l'objet d'étude, ce qui est compatible avec les principes de la MTE constructiviste.

4.2.1 L'entretien compréhensif

L'entretien compréhensif comme mode de mise en relation en recherche qualitative est le moyen que j'ai préconisé pour recueillir la parole des femmes concernées. Comme le mentionne Jean-Claude Kaufmann (2011, p. 50), il s'agit d'une approche « empathique » de l'enquête de terrain, de par la souplesse du canevas d'entrevue et le caractère engagé de la démarche. L'entretien se situe à mi-chemin entre le récit biographique et l'entrevue semi-dirigée, les questions étant préparées à l'avance puis consignées dans un canevas d'entrevue, mais posées selon une « dynamique de conversation » propice aux confidences (Kaufman, 2011, p. 43). À ce propos, Kathy Charmaz (2014, p. 91) relève la pertinence de considérer l'entretien comme une occasion d'échanges réciproque entre le chercheur et la personne rencontrée, laquelle favorise la co-construction de savoirs émergents :

A constructivist approach views interviews as emergent interactions in which social bonds may develop. Hence this approach attends to mutuality during the course of the interview and ways to build that mutuality. In this sense, the interview becomes more than a performance. Instead, it is the site of exploration, emergent understandings, legitimation of identity, and validation of experience.

Tout comme Charmaz (2014), Marie-Claude Jacques et ses collègues (2016, p. 75) recommandent de se positionner en « apprenant intéressé » face aux participantes, plutôt qu'en « investigateur distant ». Kaufmann (2011) suggère aussi de se laisser guider par nos intuitions, plutôt que de s'en remettre à un guide d'entrevue et de s'y confiner. Ainsi, l'entretien compréhension représente plus qu'un outil de collecte de données; il s'agit d'abord et avant tout d'une manière de concevoir le terrain, d'y avoir accès et de s'y engager. À plusieurs égards, cette méthode de travail fait écho aux principes de la MTE constructiviste.

4.2.2 L'abduction comme raisonnement analytique

Le processus de recherche est souvent présenté et conceptualisé selon deux mouvements inverses : d'un côté l'approche déductive, avec sa formulation d'hypothèses et ses expérimentations visant à les valider ou les infirmer, et de l'autre, l'approche inductive qui s'appuie d'abord et avant tout sur les données empiriques pour faire émerger une théorie tenant lieu d'hypothèse (Blais et Martineau, 2006). La théorisation enracinée se réclame de cette dernière (Guillemette et Luckerhoff, 2009). Or, le raisonnement analytique de la MTE constructiviste emprunte une voie mitoyenne, soit celle de l'abduction :

It is a mode of imaginative reasoning researchers invoke when they cannot account for a surprising or puzzling finding. Subsequently they make an inferential leap to consider all possible theoretical explanations for the observed data, and then form and test hypotheses for each explanation until arriving at the most plausible theoretical interpretation of the observed data. (Charmaz, 2014, p. 200)

Selon Anadón et Guillemette (2007), le concept d'abduction vient pallier trois limites qui restreignent la portée analytique de l'induction. D'abord, l'opérationnalisation de l'échantillonnage théorique implique un « moment déductif » lors de la sélection des situations jugées pertinentes, un procédé qui s'appuie sur des éléments théoriques antérieurs. Ensuite, la suspension pleine et entière desdits référents théoriques apparaît illusoire. Comme mentionné précédemment, cette limite a déjà fait l'objet de critiques, notamment par les tenants des courants straussiens et constructivistes de la MTE (Bryant, 2009). Dans cette optique, les résultats de la recherche ne peuvent donc pas être purement formulés a posteriori. Enfin, l'interprétation continue par le chercheur implique un aspect spéculatif (et donc déductif),

puisqu'il doit construire sa propre compréhension de données empiriques, souvent sous la forme de discours, eux-mêmes portés et interprétés par les personnes rencontrées. Somme toute, sans perdre son caractère inductif général, l'approche inductive implique des moments de déduction.

L'abduction comme mode de raisonnement analytique vient pallier ces trois écueils, en resituant les affirmations hâtives concernant l'induction. En vertu de la circularité, ou de la récursivité de la recherche qualitative, elle reconnaît et prend en compte les moments déductifs qui parsèment le processus. L'abduction consiste à formuler des hypothèses temporaires à partir d'observations. Elle repose sur un système d'inférences mises à l'épreuve tout au long du processus d'analyse, lequel génère des idées et des concepts à expliquer. L'induction lui donne alors de la consistance grâce aux données recueillies. Elle met en lumière la comparaison continue des données recueillies entre elles, la formulation d'hypothèses permettant ultimement d'atteindre la saturation théorique, et l'intégration des construits théoriques en constante évolution.

4.3 La stratégie de recherche

L'alliage naturel entre la MTE et la recherche qualitative offre une avenue féconde pour sortir des sentiers battus et participer à la construction de connaissances nouvelles et originales, notamment dans le champ des études familiales (LaRossa, 2005; Pagé, 2015). Cette visée comporte néanmoins son lot de défis, dont la mise en tension entre la créativité et la rigueur méthodologique de la démarche scientifique (Garreau, 2015). D'un côté, la créativité se manifeste par le caractère novateur et le critère d'adhérence de la théorie qui émerge des données empiriques. Elle vise l'innovation. De l'autre, la rigueur se conçoit dans l'application de l'appareillage méthodologique de la recherche, tant sur le plan du choix des outils de collecte de données, la définition des concepts utilisés et leur clarté, ainsi que l'identification des limites du modèle proposé. Elle vise la légitimité des connaissances. Ces considérants justifient une articulation raisonnée entre la posture épistémologique du chercheur et sa stratégie de recherche.

Capter les expériences des femmes pour ensuite en proposer une compréhension théorique représentent un projet ambitieux et risqué, considérant les embûches appréhendées pour les rejoindre étant donné le débat actuel au Québec sur la question de la régulation de la GPA et du don d'ovules. L'étude revêt un caractère exploratoire, puisque la question de recherche vise à mieux comprendre une situation sociale très circonscrite et peu documentée. Ainsi, la *traçabilité*, c'est-à-dire l'exigence d'expliquer ma démarche de recherche avec transparence, les méthodes utilisées et leur adaptation, le cas échéant, représente le critère cardinal pour évaluer la qualité de la recherche. Dans les prochaines sections, j'expose mon expérience de terrain, en décortiquant les séquences de ma stratégie de recherche par entretiens et les choix ayant présidé à leur articulation dans une perspective de MTE constructiviste.

4.3.1 Constitution de la population à l'étude

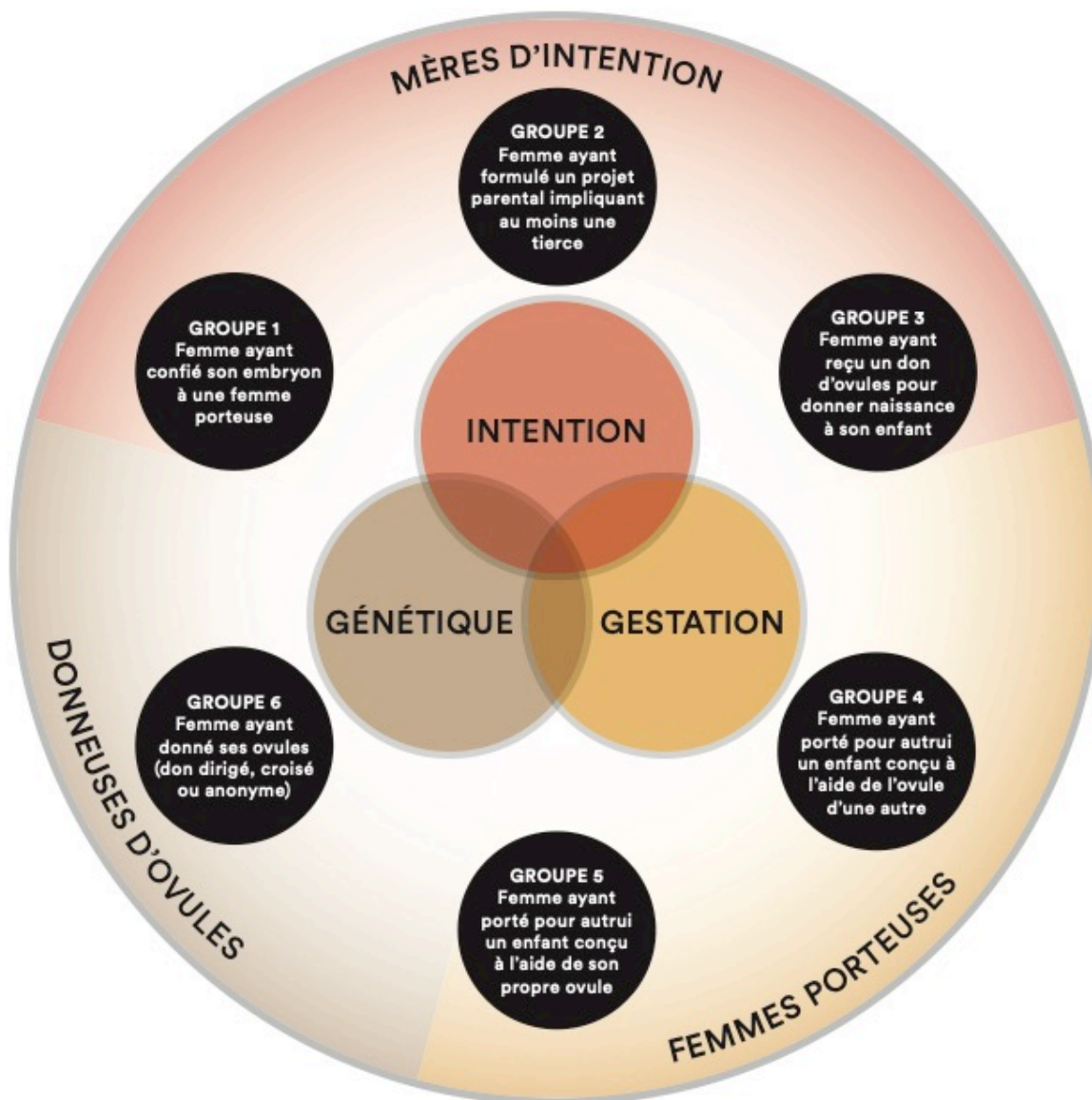
La population cible est composée de femmes qui ont eu recours à une tierce pour concrétiser leur projet parental, ou qui ont donné leurs ovules ou porté un enfant pour le compte d'autrui. Constitué selon la méthode non probabiliste, l'échantillon est « typique », c'est-à-dire que les participantes ont été choisies pour leur capacité à rendre compte des différents aspects du phénomène (Ouellet et St-Jacques, 2000).

Les caractéristiques désirées chez les participantes se centrent principalement sur leurs expériences avérées en tant qu'actrices sociales concernées par les techniques de reproduction assistée, soit à titre de mères d'intention, de femmes porteuses ou de donneuses d'ovules. Le contexte québécois a été privilégié par souci de faisabilité, mais l'étude s'étend à l'ensemble du Canada puisqu'on observe une grande mobilité chez les parents d'intention voulant fonder leur famille à l'aide de tierces reproductrices (Couture, 2018). Peu importe leur lieu de résidence, les femmes étaient toutes liées à la province du Québec, soit parce qu'elles habitaient dans la province en tant que citoyennes ou résidentes permanentes, ou parce qu'elles ont porté l'enfant ou offert leurs ovules à un couple québécois tout en habitant dans une autre province ou territoire canadien. Les femmes rencontrées devaient pouvoir s'exprimer oralement en français, en anglais ou en espagnol. Un portrait sociodémographique des participantes est dépeint dans le prochain chapitre.

Le rapport à la maternité a été discuté avec les femmes ayant vécu au moins un processus de procréation assistée par GPA ou don d'ovules, que le processus soit complété ou présentement en cours au moment de l'entrevue, ou encore qu'il n'ait pas abouti selon les attentes des personnes impliquées dans l'entente, c'est-à-dire par la naissance d'un enfant. Aucune restriction concernant la date de ladite expérience n'a été établie lors du recrutement, afin de réunir un ensemble hétérogène de vécus. La diversité des « stades » auxquels se situaient les femmes a offert une richesse de matériau qui témoigne des préoccupations vécues selon la séquence du processus d'enfantement.

Plus spécifiquement, six sous-groupes de femmes ont été constitués à partir des scénarios procréatifs et du lien de chacune envers une ou deux composantes des maternités assistées. La figure suivante illustre les populations ciblées par l'étude :

Figure 4. Populations ciblées par l'étude



Il n'existe aucune règle concernant la taille idéale d'un échantillon en recherche qualitative, a fortiori dans une perspective de théorisation enracinée qui repose sur la construction d'un échantillonnage théorique. Contrairement à la saturation empirique qui est atteinte lorsque les entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles, l'échantillonnage théorique consiste à entamer la recherche avec un certain nombre de données, construire ensuite des concepts préliminaires à partir de ces dernières, puis les examiner en approfondissant

l'enquête de terrain par de nouvelles données empiriques. Il ne vise pas à représenter une population ni à accroître la généralisation des résultats.

La taille de l'échantillon a été déterminée avant tout par le principe de « *theoretical sufficiency* » (ou suffisance théorique) formulée par Dey (1999) pour baliser l'atteinte de la saturation théorique, laquelle demeure somme toute difficile à prouver et implique une certitude par rapport à la densité des catégories émergentes. La suffisance théorique désirée en MTE signifie que les catégories conceptuelles sont suffisamment développées pour rendre compte du phénomène et que la collecte de données n'apporte plus d'informations nécessaires pour les consolider, hormis des variations qui peuvent toujours être découvertes (Corbin et Strauss, 2015).

4.3.2 Les stratégies de recrutement

Une étape préalable visant à consolider la transparence de ma démarche de recherche et sa diffusion a été réalisée avant le début du recrutement : la création et mise en ligne d'une page Web²⁶ qui présentait, en français et en anglais, le projet de recherche et mes coordonnées (annexe 1). Sur cette page rattachée au Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF) de l'Université du Québec en Outaouais, une photo de moi et de ma directrice ainsi que nos notices biographiques permettaient aux personnes l'ayant consultée de connaître l'équipe de recherche ainsi que nos travaux respectifs. Ces mesures ont permis de fournir des informations claires et de garantir nos statuts en tant que chercheurs universitaires, en plus de favoriser une relation de confiance avec les membres des communautés en ligne ou des organismes sollicités dans le cadre du recrutement.

Dans le but de ne pas teinter la perception des participantes potentielles ou orienter la teneur des échanges avec elles, j'ai évité le terme de « mère » et ses dérivés dans l'appel à participation. J'ai plutôt opté pour une description des trois profils recherchés, précisant au

²⁶ Intitulée « Étude MATRICES » (**m**aternités **a**ssistées par **t**ierces **r**eproductrices), la page Web de la recherche est accessible en ligne à l'adresse suivante [cerif.uqo.ca], sous l'onglet « Recherche / Parents » situé en haut de l'écran, vers la gauche.

passage les scénarios possibles comme mode d'entrée dans le processus de procréation assistée à l'aide de tierces (figure 4). Je voulais permettre aux femmes de s'identifier elles-mêmes lors de l'entrevue (par exemple : mère/femme porteuse ou gestatrice, donneuse/fournisseuse d'ovule, etc.), sans que je leur colle moi-même une étiquette en tant que chercheur. Ce choix s'est avéré plus ou moins judicieux. En effet, selon les femmes rencontrées, les formulations utilisées n'étaient pas faciles à comprendre. Plusieurs d'entre elles m'ont confié avoir eu de la difficulté au départ à se reconnaître dans la description des profils, jugés trop étriqués. « C'est tellement un réflexe d'universitaire de compliquer les affaires comme ça », s'est exclamée une participante en début d'entrevue, visiblement amusée par mes hésitations à qualifier son rôle comme femme porteuse.

Trois stratégies de recrutement ont été déployées de façon complémentaire pour rejoindre et recruter les participantes. Premièrement, j'ai eu recours aux réseaux sociaux numériques pour diffuser l'appel à participation, notamment à travers divers groupes Facebook francophones voués à la procréation assistée par autrui et aux réalités familiales. Conformément aux recommandations formulées par Thoër et ses collègues (2012) à propos des méthodologies et de l'éthique de la recherche en ligne, plusieurs mesures ont été déployées pour assurer l'intégrité de ma démarche. D'abord, j'ai soumis une demande d'adhésion pour chaque groupe, laquelle a toujours été acceptée par l'une des administratrices. Je lui ai ensuite écrit en privé pour lui demander l'autorisation de publier mon appel à participation. Ce premier contact a été l'occasion de présenter mon projet de recherche et de préciser les moyens qui seront mis en œuvre pour assurer l'anonymat des participantes et l'intraçabilité des échanges lors de la diffusion des résultats. Ma proposition a reçu un accueil favorable et enthousiaste de la part des administratrices. Par la suite, j'ai publié un message sur le Mur des groupes dans lequel je m'identifiais clairement comme doctorant en sciences sociales, en joignant un lien vers la page Web du CÉRIF. Les femmes interpellées par mon projet ont répondu à l'appel à participation en communiquant avec moi par message privé ou par courriel. Nous fixions ensuite un rendez-vous téléphonique pour que je puisse valider à nouveau leur intérêt et vérifier qu'elles correspondaient bel et bien aux critères de sélection (annexe 2). Seize participantes ont été recrutées grâce à cette stratégie.

Deuxièmement, différentes organisations québécoises en santé reproductive ou offrant des services à l'intention des couples infertiles ont été approchées afin qu'elles sollicitent leurs membres correspondant aux profils recherchés. Les participantes ont ainsi été sollicitées sur une base volontaire par l'entremise de contacts établis par les représentantes de ces associations. Étant donné le tabou entourant la procréation assistée par tierces reproductrices, ce mode de recrutement en recherche qualitative est utilisé afin de rejoindre des populations difficiles à recruter (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Cette stratégie s'est avérée peu fructueuse, puisque seulement cinq femmes ont répondu à l'appel et se sont montrées intéressées par le projet de recherche.

Troisièmement, la méthode « boule de neige » m'a permis de compléter mon terrain de recherche (Mayer et Deslauriers, 2000), en rejoignant dix-sept femmes supplémentaires. Cette méthode est jugée utile et pertinente dans le cadre de recherches portant sur des sujets sensibles (Boeije, 2010), et pour le recrutement de populations difficiles à rejoindre (Browne, 2005). Elle consistait à demander aux femmes rencontrées de parler de ma recherche à d'autres femmes de leur entourage correspondant à l'un des profils recherchés. Une participante pouvait, si elle le désirait ou était à l'aise de le faire, me recommander à l'autre femme impliquée dans la dyade ou la triade d'enfantement; par exemple, une donneuse d'ovules qui, après notre entretien, transmet mon appel à participation à la receveuse qui a pu fonder une famille grâce à son don. Bien qu'il ne s'agît pas d'un prérequis pour participer à la recherche ni un objectif spécifique de ma thèse, le fait de recueillir les expériences de plusieurs femmes impliquées dans le même processus a permis d'enrichir le matériau et, ultimement, de mieux comprendre la construction du rapport à la maternité grâce à la complémentarité de leurs points de vue.

Ce faisant, sur les 38 participantes, trois sont membres de la même triade (mère d'intention, femme porteuse et donneuse d'ovules), et douze font partie de six dyades différentes : quatre dyades de GPA (mère d'intention et femme porteuse), et deux formées en vue d'un don d'ovules (mère d'intention et donneuse). Le reste de l'échantillon (23 participantes) représente des récits individuels. Le tableau suivant présente la catégorisation des profils des participantes recherchés selon les groupes ciblés dans l'étude (figure 4), leur désignation dans la thèse, ainsi que le nombre de femmes rencontrées pour chaque scénario.

Tableau II. Catégorisation des profils de participantes recherchés lors du recrutement

Désignation dans la thèse	Profils recherchés lors du recrutement	Scénarios possibles comme mode d'entrée dans le processus de procréation assistée
Mère d'intention	Femme ayant formulé un projet parental qui requiert l'apport (gamètes et/ou gestation) d'une ou deux autres femmes pour le concrétiser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femme ayant confié son embryon à une femme porteuse (GPA gestationnelle). ($n = 3$) 2. Femme ayant formulé un projet parental impliquant au moins une tierce (GPA génétique). ($n = 4$) 3. Femme ayant reçu un don d'ovules afin d'être en mesure de porter et de donner naissance à son enfant. ($n = 6$)
Femme porteuse	Femme ayant porté un enfant pour le compte d'autrui	<ol style="list-style-type: none"> 4. Femme ayant porté pour autrui un enfant conçu à l'aide de l'ovule d'une autre femme dans le cadre d'une entente de GPA gestationnelle. ($n = 10$) 5. Femme ayant porté un enfant conçu à l'aide de son propre ovule dans le cadre d'une entente de GPA génétique. ($n = 5$)
Donneuse d'ovules	Femme ayant offert ses ovules	<ol style="list-style-type: none"> 6. Femme ayant offert ses ovules lors d'un <i>don dirigé</i>, c'est-à-dire lorsque la donneuse et la receveuse se connaissent et se rendent ensemble pour procéder au prélèvement et à l'implantation. ($n = 10$) <p>Femme ayant offert ses ovules lors d'un <i>don croisé</i>, c'est-à-dire lorsque la donneuse accompagne une receveuse à la clinique pour y faire un don, lequel sera remis à une autre receveuse ayant fait la même démarche. (0)</p> <p>Femme ayant offert ses ovules de façon individuelle à une clinique ou une banque de gamètes. (0)</p>

Les cliniques de fertilité, tant publiques que privées, et les agences spécialisées en GPA basées en Ontario n'ont pas été sollicitées directement pour participer aux efforts de recrutement. Ce choix se justifie de trois façons. D'abord, chaque partenariat avec les institutions médicales aurait nécessité l'obtention d'une approbation éthique, ce qui aurait considérablement retardé et prolongé la période de cueillette de données. Ensuite, certaines organisations exigent des frais considérables pour avoir accès à leur milieu, et ce, sans garantie que le recrutement soit « rentable » en termes de personnes rencontrées. Ne disposant pas d'un

budget conséquent me permettant d'explorer cette possibilité, j'ai rapidement abandonné ces démarches. Enfin, les réseaux sociaux étant très populaires chez l'ensemble des personnes concernées par la GPA et le don d'ovules sans égard à leur milieu de provenance (Lavoie et Côté, 2018b), j'ai pu me rabattre sur cette stratégie de recrutement pour rencontrer des personnes ayant choisi différentes filières d'accès, assurant ainsi une diversité de bon aloi pour mon échantillonnage.

4.3.3 La procédure de cueillette de données

De septembre 2016 à avril 2018, j'ai réalisé 45 entrevues individuelles avec 38 femmes impliquées ou ayant été impliquées dans une entente de procréation par tierces reproductrices au Canada ($n = 38$), soit treize mères d'intention, quinze femmes porteuses et dix donneuses d'ovules. La cueillette de données s'est déroulée en deux « vagues »; la majorité des entrevues ayant été menées lors de la première vague à l'automne 2016 et à l'hiver 2017. Une deuxième vague, plus modeste, a été réalisée l'année suivante, certaines entrevues étant des suivis (2^e entrevue) avec des participantes rencontrées lors de la vague précédente. Enfin, j'ai complété la collecte de données au printemps 2018 par deux dernières entrevues qui m'ont permis de confirmer la suffisance théorique.

Les entrevues se sont déroulées à la résidence de la personne ou dans un local d'une université québécoise, ainsi que par Skype ou par téléphone. Comme la théorisation enracinée implique que le processus de la recherche soit circulaire et flexible (Guillemette et Luckerhoof, 2009; Charmaz, 2014), les participantes ont été informées qu'il était possible qu'elles soient recontactées après la première entrevue si elles m'autorisaient à le faire afin d'approfondir certains aspects de leur expérience, au fur et à mesure qu'avanceraient la codification et l'analyse des données. Ce fut le cas pour sept d'entre elles, qui ont toutes accepté de me rencontrer à nouveau en personne, ou de répondre à mes questions lors d'un entretien téléphonique.

L'entretien comme lieu d'échange et de partage du pouvoir a été mené de manière à permettre aux participantes d'exercer une forme de contrôle, en choisissant par exemple le moment et le lieu de l'entrevue. De même, les femmes ont été considérées et accueillies comme des expertes du phénomène étudié, atténuant ainsi leurs réserves à se révéler à un inconnu et confortant leurs impressions que leurs propos étaient utiles et pertinents. Mills et ses collègues (2006) rattachent cette posture avec la notion de *réciprocité*, une responsabilité qui échoie selon ces autrices sur les épaules du chercheur désireux d'établir une relation de confiance entre lui et les participantes. Cette réflexion sur l'équilibre du pouvoir est cohérente avec la MTE constructiviste qui renonce au principe d'objectivité du chercheur et de la hiérarchie qu'un tel rapport engendre, au profit d'une relation de proximité entre les personnes engagées dans la discussion.

De façon concrète, je confiais toujours aux participantes en début de rencontre que j'estimais qu'elles étaient les mieux placées pour me décrire le processus de procréation assistée à l'aide de tierces, car, contrairement à elles, je ne possède pas un tel vécu expérimental en tant qu'*outsider* (Corbin Dwyer et Buckle, 2009; Kerstetter, 2012). « Vous êtes les expertes de votre propre vécu, et personne ne peut en témoigner aussi bien que vous », leur mentionnais-je lorsque je leur précisais mes motivations à faire une thèse sur le sujet de la gestation pour autrui et du don d'ovules. Certaines en profitaient pour révéler qu'elles appréciaient le fait que je sois un homme « extérieur à tout ça [la gestation pour autrui ou le don d'ovules] », parce qu'elles avaient eu dans le passé des échanges houleux avec d'autres femmes, et qu'elles s'étaient alors senties incomprises ou jugées.

Cette attitude s'est avérée judicieuse pour la réalisation de cette étude, puisque je percevais que certaines femmes étaient réticentes au départ à me partager leurs expériences, par crainte que leurs propos soient dénaturés ou cités hors contexte, voire que l'appel à participation soit une supercherie fomentée par un journaliste dans le but de rédiger un article à saveur sensationnaliste. La polarisation du débat au Québec que j'ai décrite dans premier chapitre était un élément de contexte à prendre en considération dans le cadre de mon terrain de recherche, puisque les tensions ou les craintes de représailles qu'engendre cette polarisation ont certainement influencé le déroulement de ma recherche. Mon affiliation universitaire, le

certificat d'approbation éthique décerné par l'Université de Montréal (annexe 3) et l'utilisation d'un formulaire de consentement (annexe 4) ont alors été des outils utiles pour clarifier mon rôle et mes responsabilités comme chercheur et informer les participants de leurs droits. Plusieurs m'ont d'ailleurs confié s'être senties rassurées par ces procédures, conscientes dès lors des recours possibles en cas de problèmes ou d'insatisfactions.

Ces observations contrastent avec les critiques souvent exprimées à l'endroit de la lourdeur bureaucratique exigée par les comités d'éthique qui a pour effet, selon ses détracteurs, de nuire au déroulement de l'enquête de terrain et à la réalisation d'entrevues (Bosa, 2008). Utilisé de façon éclairée, le formulaire de consentement peut s'avérer être au contraire, selon mon expérience, un outil pour consolider la relation de confiance dans l'entretien compréhensif. Le défi réside dans la manière de le présenter pour que la personne interrogée en comprenne rapidement la pertinence, et que cette discussion plus formelle et régulée ne vienne pas empiéter sur le reste de la rencontre, qui se veut un moment d'échanges décontractés.

Les entretiens semi-dirigés m'ont permis d'orienter les échanges autour de thèmes préalablement établis, tout en favorisant l'émergence d'autres éléments liés aux contextes de vie des participantes (Savoie-Zajc, 2016). Au regard des objectifs de la recherche, trois thèmes principaux étaient abordés lors des entretiens, soit 1) la trajectoire personnelle et les motivations ayant amené la participante à solliciter l'aide d'une ou deux autres femmes pour fonder sa famille, ou à participer au projet parental d'autrui à titre de tierce reproductrice; 2) le rapport à l'enfant issu d'une entente de GPA ou d'un don d'ovules et 3) leur rapport à la maternité dans un contexte de fragmentation des composantes maternelles.

J'entamais l'entrevue par une question ouverte et très large, selon le profil de la participante : « Pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené à vouloir fonder votre famille à l'aide de la gestation pour autrui, ou d'un don d'ovules? » ou « Pouvez-vous me raconter les circonstances vous ayant menée à porter un enfant pour un couple, ou à offrir vos ovules? ». Je concluais l'entretien en demandant à la participante de me partager ses idées et ses recommandations pour une éventuelle réforme des lois et des politiques au Québec et au Canada, ainsi que ses conseils pour les personnes susceptibles de s'engager dans un processus de GPA ou de don d'ovules.

Des entrevues dites « prétest » ont été conduites auprès de trois femmes correspondant aux caractéristiques désirées pour chaque sous-groupe afin de valider le canevas d'entrevue (Mayer et Saint-Jacques, 2000). Recommandée entre autres par Van der Maren (2010), cette mesure permet de cibler les modifications à apporter en ce qui concerne la passation, l'ordre des questions ou la longueur du guide d'entrevue. Au regard de mon expérience lors de ces entrevues, j'ai choisi d'inverser deux sections et de conclure avec les questions sur le rapport à la maternité, pour respecter le rythme de l'entrevue et enchaîner de façon plus fluide entre les sections. En effet, il m'est apparu plus pertinent de procéder ainsi, considérant le fil conducteur que je retrouvais dans les récits des femmes. Hormis cette modification, je n'ai apporté aucun autre changement significatif au guide d'entrevue (annexe 5). Ces trois entretiens ont été intégrés au corpus analysé.

4.3.4 Le traitement et l'analyse des données

Les entrevues, incluant les entretiens « prétest », ont toutes été retranscrites intégralement, puis codifiées à l'aide du logiciel de traitement de données N'Vivo. La « lecture flottante » du matériel recueilli lors de la première vague d'entrevues m'a permis de m'en imprégner, de laisser libre cours à mes impressions et de rédiger les premiers mémos qui m'ont été utiles pour l'analyse. Les recommandations formulées par Charmaz (2014) pour la codification et l'analyse des données dans une perspective de théorisation constructiviste ont été suivies. Au cœur de ce processus : le codage. Dans l'extrait suivant, la chercheuse en explique la spécificité (Charmaz, 2014, p. 113) :

Coding is the pivotal link between collecting data and developing an emergent theory to explain these data. Through coding, you define what is happening in the data and begin to grapple with what it means. The codes take form together as elements of a nascent theory that explains these data and directs further data-gathering. By careful attending to coding, you begin weaving two major threads in the fabric of grounded theory: generalized theoretical statements that transcend specific times and places and contextual analyses of actions and events.

Cette étape de la MTE se distingue résolument de la codification effectuée par exemple dans le cadre d'une analyse thématique. Trois types de codages sont utilisés au cours de l'analyse des données, chacun contribuant à faire émerger les concepts et à établir des liens entre

eux dans le but de produire une modélisation théorique : le codage initial, le codage focalisé et le codage théorique. La théorisation est le point culminant de la démarche d'analyse, laquelle s'enclenche néanmoins dès le début de la collecte de données par la rédaction de mémos selon un processus circulaire (Garreau, 2015).

La préparation et la rédaction de mémos sont une tâche essentielle dans le cadre de la MTE. Elle débute dès le début de la collecte de données, et vise à consigner les réflexions du chercheur pour guider la suite du processus de recherche. Outre des notes rédigées dans un fichier informatique portant sur les codes, les catégories conceptuelles et mes questionnements d'ordre méthodologique, j'ai aussi rédigé à la main des mémos dans un cahier retraçant les différentes générations de modélisations théoriques dessinées au fil du temps. La confection de diagrammes et de cartes conceptuelles est d'ailleurs suggérée par Buckley et Waring (2013) comme moyen pour répondre au principe de la sensibilité théorique, c'est-à-dire le besoin de « travailler avec les données » dans une visée de théorisation. La rédaction de mémos est ainsi un outil précieux pour la comparaison des idées selon un raisonnement itératif. Charmaz (2014, p. 182) en souligne la pertinence :

Memo-writing is the site in which you develop earlier comparisons and make new ones. Making constant comparisons through memo-writing can lead to defining and developing a core category that otherwise may have elude you. In your successive memos, you can compare incidents indicated by each category, integrate categories by comparing them and delineating their relationships, delimit the scope and range of the emerging theory by comparing categories with concepts and write the theory.

Bien entendu, la rédaction de mémos est utilisée dans d'autres types de recherches qualitatives. Comme le précise Hood (2007), les mémos recèlent toutefois une utilité particulière pour la MTE, puisqu'ils offrent la possibilité de développer des concepts, d'en définir les propriétés et d'établir les liens entre eux, ce qui, ultimement, favorise l'atteinte d'un niveau accru d'abstraction nécessaire à la théorisation. La prise de notes régulière m'a permis de documenter de façon systématique ma démarche de recherche et de mettre en évidence mon regard subjectif en tant que chercheur. J'alternais entre les idées spontanées et les abstractions théoriques, dont la mise en mots et en forme variait considérablement d'un mémo à l'autre. Étudier les processus permet de rendre explicite ce qui est suggéré de façon implicite dans le discours des femmes rencontrées, en faisant des connexions entre les idées qui seront utiles pour

formuler des analyses émergentes. En cela, les mémos se distinguent du journal de bord souvent utilisé dans les recherches ethnographiques (Baribeau, 2005).

La première phase de codification débute par le codage initial. À cette étape, le récit de la participante est lu attentivement et codé de façon très serrée. Cela permet de se familiariser rapidement avec les données. Par ailleurs, Charmaz (2014, p. 1201-21) recommande de coder les verbatim ligne par ligne, en utilisant des verbes d'action :

Coding with gerunds helps you detect processes and stick to the data. [...] We gain a strong sense of action and sequence with gerunds. The nouns turn these actions into topics. Staying close to the data and, when possible, starting from words and actions of your respondents, preserves the fluidity of the experience and gives new ways of looking at it.

L'usage de gérondifs (*gerunds* en anglais, soit les mots se terminant en *-ing* formés à partir d'un verbe) est l'une des particularités de la MTE constructiviste. Cette méthode de codage permet d'explicitier les actions directement dans les codes initiaux, ce qui rend encore plus visibles les processus à l'œuvre. Par exemple, les deux codes suivants : « participation au projet parental d'autrui » et « s'engager dans le projet parental d'autrui » illustrent deux façons de synthétiser un élément du vécu de la participante. Le premier code pourrait être utilisé pour une analyse thématique, tandis que l'autre est un code tourné vers l'action, qui suggère une position située; le rôle de l'interlocutrice dans le processus est plus apparent dans ce cas-ci. Le choix des verbes n'est pas anodin et représente un défi certain pour résumer en quelques mots « ce qui se passe ». L'objectif est de réussir, par le codage initial, à capter les interactions, les mouvements et les dynamiques.

J'ai eu recours au codage initial au cours des premières semaines de la collecte de données, et ce, pour une partie du corpus seulement. Six entrevues ont ainsi été codifiées minutieusement ligne par ligne à la main (deux entrevues de chaque sous-groupe). Bien que j'aurais sans doute pu poursuivre cette première étape de codage pour un nombre accru d'entrevues, l'examen de la variabilité des codes initiaux m'a incité à poursuivre mon travail d'analyse vers la prochaine étape, afin de focaliser davantage le codage.

Le codage focalisé correspond à l'étape où les codes initiaux formulés à l'étape précédente sont triés; certains sont retenus pour le codage focalisé, car ils apparaissent significatifs ou ressortent fréquemment, tandis que d'autres sont mis de côté. Les codes sont ensuite utilisés pour construire un arbre de codification utilisé pour une partie ou l'ensemble du corpus (annexe 6). Cette grille est demeurée souple tout au long du codage, mais m'a été utile pour vérifier la pertinence des codes en les comparant aux nouvelles données qui s'ajoutaient au fil de la collecte de données. Comme son nom l'indique, le codage focalisé permet de raffiner l'analyse et de faire tranquillement converger les idées.

Cette étape permet aussi de faire émerger des concepts provisoires. Les propriétés et les dimensions de ces concepts sont alors spécifiées ultérieurement à l'étape du codage théorique afin d'en délimiter leur portée. Néanmoins, certains concepts peuvent déjà s'imposer, étant donné leur évocation juste et précise des différentes séquences du processus analysé, leur puissance symbolique ou encore, leur accessibilité et leur capacité à traduire simplement la complexité du phénomène. Charmaz (2014) recommande de porter une attention toute particulière à ces concepts, qui pourront par la suite être repris pour assembler la charpente des chapitres en leur donnant une orientation conceptuelle.

À l'étape du codage théorique, la codification a pour objectif de spécifier les relations possibles entre les catégories (Charmaz, 2012), permettant subséquemment de construire un « récit analytique » (Jacques, 2016, p. 73). Par exemple, la catégorie « rituels » s'est vite imposée à l'étape précédente du codage focalisé pour représenter les événements ponctuant la grossesse pour autrui (chapitre 8) : annonce du succès de la fécondation et du sexe du fœtus, échographie, célébration de la maternité lors du *baby shower*, accouchement et remise de l'enfant après sa naissance, etc. Dans un effort de théorisation, j'ai par la suite rattaché la ritualisation du processus d'enfantement vécu par les femmes concernées à leur besoin d'établir un sentiment de confiance réciproque entre elles. En écho au « flou juridique » actuel en ce qui concerne l'encadrement de la GPA au Québec, le concept « faire face à l'incertitude » ayant émergé plus tard des données m'a alors offert la prise conceptuelle nécessaire pour faire le lien entre ces idées émergentes, tout en les enracinant dans le contexte d'action étudié et en montrant les enjeux de reconnaissance que recèle un tel processus.

La phase de théorisation permet d'intégrer les concepts sous un grand thème unificateur pour expliquer le phénomène à l'étude. À partir d'une idée centrale émergente, il est alors possible d'identifier des modèles, des patrons ou des typologies permettant d'illustrer la théorie (Swanson et Chermack, 2013). Ce fil conducteur peut aussi être présenté sous la forme d'une série de propositions. Dans mon cas, le récit analytique s'est construit, clarifié et solidifié au moment de l'écriture, lorsque je mettais en relations les données et les mémos pour ébaucher une première version du plan des chapitres de résultats. Partant du constat que le rapport à la maternité se construit à travers un processus recoupant différentes séquences menant à la naissance d'un enfant, je propose ainsi la « médiation procréative » comme modélisation théorique pour expliquer la mise en dialogue des expériences des femmes concernées. Ce modèle est présenté au chapitre suivant.

Selon la sociologue Stéphanie Garneau (2015), l'articulation des niveaux micro et macrosociaux dans l'analyse par théorisation enracinée soulève deux défis principaux. D'abord, le chercheur doit éviter de faire une simple description des faits observés et des données recueillies, pour en arriver à une montée en généralité par l'élaboration d'un modèle explicatif. Ensuite, il doit formuler des interprétations à partir des données empiriques, sans leur imposer des théories existantes; autrement, l'enracinement dans les données ne peut advenir ou sera factice. Une avenue féconde consiste à distinguer deux éléments lors de l'analyse : les éléments de contexte et les échelles d'analyse. Le premier correspond au découpage des contextes empiriques dans lesquels s'insèrent les récits des femmes rencontrées, permettant de mettre de l'ordre dans les expériences recueillies. Le deuxième renvoie à la théorisation plus ou moins large de l'objet, dans le but d'en produire une modélisation. Cette construction peut prendre différentes formes, par exemple une typologie. J'ai d'ailleurs eu recours à cette façon de restituer les résultats pour distinguer les trois conceptions des maternités assistées comme points d'ancrage pour la construction de la genèse familiale de l'enfant (chapitre 10).

4.3.5 Les considérations éthiques

Conformément à l'*Énoncé de politique des trois conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (2014), le projet a obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CÉRAS) de l'Université de Montréal. L'étude ne repose pas sur la participation de mineures ou de personnes majeures dont l'inaptitude aurait été constatée sur le plan judiciaire. Aucune personne rencontrée n'avait un lien de dépendance envers moi.

Afin de respecter l'intégrité et la dignité des participantes tout au cours du processus de recherche, plusieurs moyens inspirés par Martineau (2007) ont été mis en œuvre. Chaque participante a donné elle-même son accord pour participer à la recherche. Un formulaire de consentement lui a été remis de manière à favoriser son implication libre et éclairée. Ce formulaire était aussi accessible en ligne en tout temps, sur la page Web créée pour l'occasion sur le site du CÉRIF. Une copie papier du formulaire leur était remise, tandis que je conservais la seconde pour mes archives. Dans le cas des entrevues à distance par Skype ou par téléphone, les formulaires étaient alors numérisés, puis envoyés par courriel.

Dès les premiers moments de la rencontre, j'expliquais les buts et les objectifs de la recherche ainsi que les principaux thèmes abordés au cours de l'entrevue afin d'éviter toute ambiguïté. Les participantes étaient libres de se retirer de la recherche en tout temps, sans aucun préjudice. Je les invitais aussi à poser leurs questions au fur et à mesure et à ne pas hésiter à interrompre l'entrevue pour obtenir des clarifications, au besoin. Les avantages et inconvénients de leur participation leur ont été clairement explicités, tant verbalement que dans le formulaire de consentement. Aucune compensation financière n'a été offerte, hormis un dédommagement de 40\$ pour le gardiennage des enfants, le cas échéant. Deux participantes se sont prévaluées de cette possibilité.

Les entrevues se sont déroulées dans un lieu suggéré par les participantes elles-mêmes et où la confidentialité de leur propos pouvait être assurée, à leur résidence ou dans un local fermé d'une université, par exemple. Le fait de raconter ses expériences associées à la procréation assistée pouvant susciter des souvenirs émouvants ou désagréables chez certaines participantes, un retour sur l'entrevue était toujours effectué à la fin de chaque rencontre. Nous

prenions le temps de faire le point sur ce que nous venions de discuter. J'en profitais ensuite pour expliquer les prochaines étapes de la recherche, ainsi que rappeler mes engagements en matière de diffusion des connaissances. À ce propos, je précise m'être engagé à transmettre aux participantes qui le désiraient (et qui l'ont précisé dans le formulaire de consentement) un résumé des résultats de la recherche, sous forme d'une fiche synthèse, ainsi que tous les articles ou chapitres de livres tirés de la thèse. En conformité avec l'approche centrée sur la participante (Gross et Fogg, 2001), cette façon de faire consolide le sentiment d'appartenance des participantes à la recherche.

Dans les situations où j'ai rencontré les deux ou trois femmes impliquées dans le même processus de procréation assistée, j'insistais énormément sur la notion de confidentialité. Je rappelais par exemple que seuls les membres de l'équipe de recherche – ma directrice de thèse et moi, ainsi que les personnes ayant participé à la transcription des entrevues – avaient accès aux entrevues, et que nous étions tous liés par les mêmes exigences éthiques. D'ailleurs, les transcriptrices ont toutes signé un formulaire d'engagement à la confidentialité avant d'entamer leur travail (annexe 7). Pour la restitution des résultats, j'ai pris le soin de choisir des extraits ne permettant pas d'identifier par association les participantes. Lorsque cela n'était pas possible et que j'estimais qu'il était tout de même pertinent de mettre en dialogue les points de vue (deux situations), j'ai alors communiqué séparément avec les personnes concernées pour leur partager ma préoccupation et valider avec elles la suite de ma démarche. Dans les deux cas, nous avons convenu que je leur envoie le verbatim de leur entrevue individuelle, dans lequel j'avais surligné les extraits que je prévoyais utilisés pour ma démonstration. Les participantes pouvaient alors m'autoriser à aller de l'avant, demander de retirer un ou plusieurs extraits, ou retirer leur accord. Au final, elles ont toutes accepté que je puisse utiliser les extraits pour les mettre en dialogue.

En outre, j'ai mis en place des procédures de gestion des données permettant d'assurer leur confidentialité tout au long du processus de recherche, et ce, en conformité avec les exigences d'éthique de la recherche. Les enregistrements audios des entrevues ont été produits sur un appareil électronique pour être ensuite transférés sur un ordinateur dont j'avais l'usage exclusif. Ces enregistrements seront effacés après le dépôt final de la thèse.

Les données codifiées ne sont accessibles que par moi. Il en est de même pour les coordonnées des participantes, lesquelles ont été déposées dans un fichier électronique. L'accès aux outils informatiques a été préservé par des mots de passe. Enfin, les prénoms et noms des participantes ne paraissent dans aucun rapport, seuls des pseudonymes sont utilisés dans les documents.

4.4 Résumé du chapitre

La méthodologie par théorisation enracinée privilégiée dans le cadre de la thèse s'inscrit dans une volonté de développer une modélisation permettant de mieux comprendre la construction du rapport à la maternité chez les femmes concernées par la GPA et le don d'ovules. La perspective constructiviste requière quant à elle une prise en considération interactive des points de vue des actrices sociales, en l'occurrence les trois femmes engagées dans un projet parental par tierces reproductrices, dans la définition de leur univers social, tout en examinant les contextes micro et macrosociaux dans lequel s'inscrivent leurs actions. Elle implique également une prise en compte de ma position comme chercheur dans la construction des connaissances et son incidence sur le raisonnement analytique. La recherche qualitative, et plus particulièrement l'entretien compréhensif, est l'approche retenue pour recueillir la parole des femmes.

Cet appareillage méthodologique représente le cadre dans lequel j'ai élaboré ma stratégie de recherche. Quarante-cinq entretiens ont été menés auprès de trente-huit femmes. L'analyse des données par codage a permis de distinguer des catégories et des concepts me permettant de proposer la « médication procréative » comme modèle explicatif. Ce modèle se décline en différentes séquences, chacune représentant un jalon du processus d'enfantement à l'aide de tierces reproductrices. Le prochain chapitre en présente les grandes lignes, de même qu'un portrait sociodémographique des femmes rencontrées.

Chapitre V. Introduction aux résultats

Dans ce chapitre d'introduction aux résultats, je brosse un portrait des femmes rencontrées dans le cadre de la thèse et présente les jalons principaux de la « médiation procréative », une proposition inédite enracinée dans leurs expériences qui explique la construction du rapport à la maternité en contexte de GPA et de don d'ovules. Cette proposition prend la forme d'une modélisation théorique élaborée en quatre séquences permettant de saisir la dimension relationnelle, la complexité et la nature processuelle de l'enfantement par tierces reproductrices.

5.1 Portraits des femmes rencontrées

Dans le cadre de ma recherche, j'ai rencontré trente-huit femmes ($n = 38$). J'ai choisi de répartir cet échantillon en trois groupes distincts, selon leur rôle respectif dans le processus d'enfantement : mères d'intention, femmes porteuses et donneuses d'ovules. Le tableau suivant offre un aperçu des caractéristiques sociodémographiques des participantes recueillies à l'aide d'un questionnaire factuel au moment de la première entrevue (annexe 8), précisant les moyennes (âge, durée de la relation conjugale) ou le nombre de participantes correspondant à la catégorie.

Tableau III. Caractéristiques sociodémographiques des femmes rencontrées

	Mères d'intention (n = 13)	Femmes porteuses (n = 15)	Donneuses d'ovules (n = 10)
Âge			
Âge moyen	41,9 ans	34,5 ans	30,7 ans
20-29 ans	0	1	4
30-39 ans	6	13	5
40-49 ans	5	1	1
50-59 ans	2	0	0
Orientation sexuelle			
Hétérosexuelle	13	12	8
Non hétérosexuelle	0	3	2
État civil			
Célibataire	0	3	0
Séparée	1	2	1
Veuve	0	0	1
En couple	12	10	8
Conjointe de fait	4	5	7
Mariée	8	5	1
Durée moyenne de la relation	11,4 ans	9,3 ans	5,9 ans
Statut maternel avant le projet de procréation assistée par autrui			
Sans enfant	8	1	7
Avec enfant(s)	5	14	3
Niveau de scolarité			
Secondaire ou professionnel	0	5	1
Collégial	3	2	0
Universitaire	10	8	9
Occupation			
En emploi (temps plein)	9	8	6
En emploi (temps partiel)	1	0	0
Travailleuse autonome	2	5	3
En congé parental	1	0	0
À la maison	0	1	0
Étudiante	0	1	1
Revenu personnel			
Moins de 20 000 \$	1	3	2
20 000 \$ – 39 000 \$	1	3	4
40 000 \$ – 59 000 \$	4	4	3
60 000 \$ – 79 000 \$	2	4	0
80 000 \$ – 99 000 \$	2	1	1
100 000 \$ et plus	3	0	0

5.1.1 Mères d'intention

Le premier groupe regroupe treize mères d'intention ($n = 13$), soit les femmes ayant formulé un projet parental qui nécessitait l'apport d'un moins une tierce pour le concrétiser, étant donné leur stérilité ou leur infertilité. Ce groupe est relativement homogène : ce sont toutes des femmes hétérosexuelles vivant majoritairement en milieu urbain. Elles sont âgées de 31 à 58 ans (âge moyen de 41,9 ans). Ce sont des femmes blanches, sauf une participante originaire d'Amérique latine et ayant immigré il y a cinq ans, et une autre provenant d'une famille originaire d'un pays du Maghreb, mais née au Canada.

Hormis une femme séparée au moment de l'entrevue, les participantes sont en couple avec un homme depuis plus d'une dizaine d'années, en moyenne; quatre sont conjointes de fait et huit sont mariées. Huit n'avaient aucun enfant avant le processus d'enfantement à l'aide d'une tierce (l'enfant né par GPA ou par don d'ovules a été ou sera alors leur premier), deux avaient déjà un enfant, deux autres avaient deux enfants et une, trois enfants nés dans le cadre d'une union précédente.

Les participantes de ce groupe possèdent toutes un niveau de scolarité postsecondaire (collégial ou universitaire) et exercent des professions variées (comptable, infirmière, fonctionnaire, banquière, thérapeute, médecin, enseignante, éducatrice à l'enfance, microbiologiste ou technicienne médicale) leur permettant de jouir d'un niveau de vie relativement confortable, sauf deux femmes qui ont amorcé une réorientation de carrière et vivent une situation professionnelle plus précaire.

Six femmes ont eu recours à un don d'ovules. De ce nombre, deux participantes ont fait affaire avec une banque de gamètes internationale pour se les procurer par don anonyme (Estelle et Suzie), une femme a reçu le don d'une amie (Sylvie) et trois se sont tournées vers des réseaux socionumériques pour entrer en contact avec une donneuse et établir avec elle une entente de procréation assistée par don dirigé (Louise, Marie-France et Nadia). Au moment de l'entrevue, quatre femmes avaient donné naissance par césarienne à leur(s) enfant(s) (dont une paire de jumeaux), et deux avaient congelé les embryons en prévision d'une implantation prochaine, lorsque leurs économies seront suffisantes et que le moment sera propice pour le faire. Les cinq

enfants sont âgés de quelques mois à 6 ans. Le tableau suivant présente la répartition de ce groupe de participantes selon les filières d'accès et les types de don d'ovules expérimentés par les femmes (dirigé ou anonyme) :

Tableau IV. Répartition des mères d'intention par don d'ovules selon les filières

		Types de don d'ovules	
		<i>Don dirigé</i>	<i>Don anonyme</i>
Filières d'accès	Membres de la famille		
	Amis ou connaissances	Sylvie	
	Intermédiaire privé (banque de gamètes)		Estelle Suzie
	Réseaux sociaux numériques	Louise Marie-France Nadia	

Sept femmes ont demandé à une autre femme de porter leur enfant. Six participantes l'ont fait dans le cadre d'une GPA gestationnelle : trois avec un embryon conçu avec les ovules de la mère d'intention (Sofia, Judith et Rachel), et trois avec les gamètes d'une donneuse (Jennifer, Sabrina et Élisabeth). Une participante est quant à elle devenue mère dans le cadre d'un arrangement de type « génétique » (Josée), c'est-à-dire que son enfant a été conçu à partir de l'ovule de la femme porteuse.

Deux mères d'intention ont demandé à une amie de porter leur enfant (Sofia et Judith), campant alors le projet de GPA dans une relation amicale préexistante. Trois femmes se sont tournées vers une communauté en ligne sur Facebook pour entrer en contact avec une femme porteuse (Sabrina, Élisabeth et Josée). Les deux autres (Rachel et Jennifer) ont sollicité les services d'une agence privée ontarienne pour les aider à trouver une femme qui accepterait de porter leur enfant. Six enfants âgés de moins d'un an étaient nés par GPA, tandis qu'une femme porteuse était enceinte au moment de l'entrevue avec la mère d'intention.

Le tableau suivant présente la répartition de ce groupe de participantes selon les filières d'accès et les types de GPA :

Tableau V. Répartition des mères d'intention par GPA selon les filières

		GPA gestationnelle		GPA génétique
		<i>Enfant conçu avec l'ovule de la participante</i>	<i>Enfant conçu avec l'ovule d'une donneuse</i>	<i>Enfant conçu avec l'ovule de la femme porteuse</i>
Filières d'accès	Membres de la famille			
	Amis ou connaissances	Sofia Judith		
	Intermédiaire privé (agence de GPA)	Rachel	Jennifer (don anonyme par l'entremise d'une banque de gamètes)	
	Réseaux sociaux numériques		Sabrina Élisabeth (dons dirigés de donneuses contactées sur un groupe Facebook)	Josée

5.1.2 Femmes porteuses

Le deuxième groupe réunit quinze femmes porteuses canadiennes ($n = 15$) ayant été impliquées dans au moins un projet de GPA formulé par un couple d'intention québécois. Ce sont des femmes blanches âgées de 23 à 42 ans (âge moyen de 34,5 ans). Elles ont toutes le français comme première langue, hormis deux anglophones. Douze sont hétérosexuelles, tandis que trois s'identifient comme lesbienne, queer ou pansexuelle. La majorité est en couple depuis plusieurs années (neuf ans, en moyenne). Au moment de leur premier projet de GPA, toutes étaient multipares, sauf une femme qui n'avait encore jamais vécu de grossesse. Deux ont un enfant, trois ont deux enfants, cinq ont trois enfants et quatre ont quatre enfants.

Dix femmes possèdent un diplôme d'études postsecondaires (collégial ou universitaire) et cinq, un diplôme d'études secondaires ou professionnelles. Une femme est à la maison pour s'occuper de ses enfants, une autre termine présentement des études de premier cycle, et cinq sont travailleuses autonomes dans des domaines variés (couture, tatouage, accompagnement à la naissance, animation et formation). Les huit autres travaillent à temps plein et occupent des emplois variés comme fonctionnaire, éducatrice à l'enfance, intervenante communautaire, comptable, fiscaliste, enseignante au primaire ou agente de bureau. Le revenu personnel de cinq participantes est considéré comme élevé (70 000\$ et plus), tandis que celui de sept femmes varie considérablement et se situe entre 30 000 et 70 000\$. Trois femmes, toutes mères monoparentales, gagnent moins de 20 000\$ par année.

Neuf femmes porteuses habitent au Québec et ont accouché (ou comptent le faire) dans la province, tandis que les six autres vivent ailleurs au Canada : une en Alberta, une au Manitoba, deux au Nouveau-Brunswick et deux en Ontario. Ces dernières ont toutes accouché dans leur province de résidence. Quatre femmes ont vécu cette expérience au sein d'une agence privée ontarienne (Geneviève, Claudine, Isabelle et Karen), tandis que six ont pris contact avec des couples par le biais de réseaux socionumériques (Virginie, Andréane, Anne, Florence, Zoé et Claudine, lors de sa 2^e grossesse pour autrui). Six femmes connaissaient déjà quant à elles les parents d'intention avant le début du processus, puisque cinq ont accepté de porter un enfant pour un couple d'amis (Patricia, Élise, Jacinthe, Marilyne et Kate), et une autre pour un membre de sa famille (Vanessa). Le tableau suivant présente la répartition de ce groupe de participantes selon les filières d'accès et les types de GPA :

Tableau VI. Répartition des femmes porteuses selon le type de GPA et les filières

		GPA gestationnelle		GPA génétique
		<i>Enfant conçu avec l'ovule de la mère d'intention</i>	<i>Enfant conçu avec l'ovule d'une donneuse</i>	<i>Enfant conçu avec l'ovule de la femme porteuse</i>
Filières d'accès	Membre de la famille		Vanessa (HH)	
	Amis ou connaissances	Patricia (FH) Élise (FH) Jacinthe (FH)		Marilyne (HH) Kate (HH)
	Intermédiaire privé (agence de GPA)	Geneviève (FH) Claudine (FH)	Isabelle (FH, HH) Karen (FH, HH, HH, HH) (Geneviève , 2 ^e GPA, HH)	
	Réseaux sociaux numériques	(Claudine , 2 ^e GPA, FH) Virginie (FH)	Andréane (FH)	Anne (HH, HH) Florence (FH) Zoé (FH)

FH = projet à l'intention d'un couple d'intention composé d'une femme et d'un homme
 HH = projet à l'intention d'un couple d'intention composé de deux hommes

La plupart d'entre elles ont été femme porteuse à une reprise, sauf cinq qui l'ont été à plusieurs occasions (deux à quatre grossesses pour autrui au moment des entrevues). Dix femmes porteuses ont vécu des GPA gestationnelles, c'est-à-dire que l'embryon implanté dans leur utérus par fécondation in vitro (FIV) avait été conçu à l'aide des spermatozoïdes du père biologique et des ovules de la mère d'intention ou d'une donneuse. Cinq femmes (Marilyne, Kate, Anne, Florence et Zoé) ont porté un fœtus conçu à l'aide de leurs propres gamètes dans le cadre de GPA génétiques. Quatre femmes (sur quinze) ont bénéficié d'un accompagnement périnatal avec une sage-femme dans le cadre du processus de GPA (un accouchement à la maison de naissance, un à l'hôpital et deux à la résidence de la femme porteuse).

Dans l'ensemble, cela représente vingt-deux processus de GPA, soit douze à l'intention de couples hétérosexuels et dix pour des couples d'hommes gais. Trois femmes porteuses ont vécu au moins un processus avec chaque type de couple. Sur ces vingt-deux processus, trois sont toujours en cours, un s'est terminé par une fausse couche tardive à 20 semaines et un a été interrompu pendant la grossesse. Dix-sept projets ont mené à la naissance d'un enfant (ou de

jumeaux, dans deux situations), pour un total de dix-neuf enfants âgés de quelques mois à 5 ans au moment de la dernière entrevue.

5.1.3 Donneuses d'ovules

Le troisième groupe est composé de dix donneuses d'ovules ($n = 10$). Ce sont des femmes québécoises (dont une originaire d'Europe de l'Est) âgées de 23 à 40 ans (âge moyen de 30,7 ans), soit les plus jeunes de l'échantillon. Huit participantes de ce groupe sont hétérosexuelles, et deux s'identifient comme lesbienne ou d'orientation fluide. Au moment de l'entrevue, huit femmes étaient en couple depuis six ans en moyenne, et deux étaient célibataires depuis leur séparation ou le décès de leur conjoint. Sept participantes n'avaient pas d'enfant au moment de faire leur premier don, tandis que deux femmes ont deux enfants et une en a trois. Les femmes possèdent un niveau d'éducation très élevé, puisque neuf donneuses sur dix détiennent un baccalauréat ou un diplôme de maîtrise. Trois travaillent en comptabilité ou en finance, et trois œuvrent dans le domaine de l'éducation ou de la petite enfance. Les quatre autres donneuses sont respectivement ingénieure, traductrice, travailleuse communautaire et étudiante aux cycles supérieurs en sciences sociales.

Cinq donneuses ont fait un don dirigé pour une personne de leur entourage (amie ou collègue de travail), et une (Anaïs) l'a fait pour son frère et le conjoint de ce dernier. Quatre femmes (Maxine, Emmanuelle, Émilie et Sarah) ont plutôt diffusé une offre de don sur les réseaux sociaux leur permettant d'entrer en contact avec des receveuses potentielles. Il s'agissait à chaque fois d'un don dirigé. La majorité a vécu une seule ponction dans une clinique québécoise, hormis une donneuse qui a vécu le processus à trois reprises au Québec (pour trois mères d'intention différentes), et une autre à deux reprises en Ontario (le premier don s'étant soldé par une fausse couche). Neuf femmes se sont astreintes à un protocole médical qui comprend des injections hormonales, permettant de récolter en moyenne 22 ovules lors de la ponction ovarienne. Deux femmes ont toutefois vécu une hyperstimulation, laquelle a permis chaque fois de fournir plus de 35 ovules, mais a aussi entraîné des complications de santé. Une seule femme a fait un don selon son cycle naturel (Amélie), sans prise d'hormones. Un ovule a été extrait de cette façon.

Le tableau suivant présente la répartition de ce groupe de participantes selon les filières d'accès au don d'ovules et l'identité de la femme qui vit la grossesse :

Tableau VII. Répartition des donneuses d'ovules selon les filières

		Don d'ovules	
		<i>Grossesse vécue par la mère d'intention</i>	<i>Grossesse vécue par une femme porteuse</i>
Filières d'accès	Membres de la famille		Anaïs (HH)
	Amis ou connaissances	Véronique Gabrielle Amélie Katerine Mahée	
	Intermédiaire privé (banque de gamètes)		
	Réseaux sociaux numériques	Maxine Emmanuelle Émilie (1^{er} et 3^e don) Sarah	(Émilie, 2^e don, FH) (Sarah, 2^e don, FH)

FH = don à l'intention d'un couple d'intention composé d'une femme et d'un homme
 HH = don à l'intention d'un couple d'intention composé de deux hommes

Considérant les treize ponctions réalisées par l'ensemble des donneuses, cinq grossesses (dont une gémellaire) ont été menées respectivement par trois mères d'intention et deux femmes porteuses. Cinq enfants sont ainsi nés, et une grossesse s'est soldée par une fausse couche tardive. Dans quatre autres situations, les ovules ou les embryons ont été congelés en prévision d'une implantation éventuelle. Dans deux cas, l'implantation des embryons n'a pas fonctionné, ce qui signifie que le don n'a pas abouti à la naissance d'un enfant. Enfin, une participante ne sait pas ce qu'est advenu de son don, puisque le contact avec la receveuse a été rompu peu de temps après la ponction.

5.1.4 Triptyque féminin

Pris séparément, les trois portraits des participantes dépeignent un ensemble de réalités singulières, tout en évoquant des expériences communes liées à leur rôle dans la triade d'enfantement. En faisant un pas de recul pour contempler le triptyque, on peut dès lors dégager les similitudes et les différences entre les portraits. On remarque, par exemple, que les trois groupes sont composés de femmes majoritairement blanches, dotées d'un niveau d'éducation élevé et travaillant pour la plupart à temps plein.

En outre, les mères d'intention sont celles qui bénéficient du niveau de vie le plus confortable sur le plan financier. Elles sont aussi les plus âgées de l'échantillon, ce qui fait en sorte que leur situation professionnelle et leur carrière soient mieux établies, comparativement aux donneuses d'ovules qui sont beaucoup plus jeunes (ce qui se reflète par leur revenu, notamment). Cet écart d'âge et de situation socioprofessionnelle s'expliquerait par le critère d'âge maximal fixé par les cliniques de fertilité pour être en mesure de donner des ovules. Par ailleurs, la proportion de travailleuses autonomes chez les femmes porteuses est étonnante, puisque le tiers des participantes offrent leurs services comme consultantes ou gèrent leur propre entreprise, souvent à partir de leur résidence. La flexibilité d'horaire et de charge de travail que leur procure leur occupation permettrait donc à ces femmes d'aménager du temps pour s'engager dans un processus de grossesse pour autrui, tout en maintenant une routine au sein de leurs familles nombreuses.

Le profil sociodémographique de mon échantillon est similaire à celui d'autres recherches, hormis une légère différence d'âge et une diversification plus marquée des filières d'accès. Comparativement à l'étude ontarienne de Dar et ses collègues (2015) et celle de Klock et Covington (2015) aux États-Unis portant sur la GPA gestationnelle, les mères d'intention et les femmes porteuses de ma recherche sont plus âgées en moyenne de quelques années, ce qui s'explique sans doute par un nombre conséquent de femmes (six participantes, soit une mère d'intention et cinq femmes porteuses) ayant opté pour un arrangement traditionnel (GPA génétique) qui ne nécessite pas un passage en clinique pour la FIV. Aussi, ma stratégie de recrutement centrée principalement sur les médias sociaux pourrait expliquer la répartition des

filières utilisées pour la prise de contact au sein de mon échantillon, et la faible représentation des intermédiaires privés. Enfin, si plusieurs recherches nord-américaines mentionnent la pratique religieuse des femmes porteuses (majoritairement de confession chrétienne) comme élément qui conforte leur décision de porter un enfant pour autrui (Cicarelli et Beckman, 2005; Fisher, 2013; Jacobson, 2016), il m'est toutefois impossible de me prononcer à ce sujet, puisque je n'ai pas questionné mes participantes de façon explicite à propos de leur spiritualité. Certaines ont tout de même évoqué durant l'entrevue leurs convictions religieuses, notamment à propos de leur souhait de préserver la vie au moment de prendre une décision concernant les embryons surnuméraires.

5.2 Une mise en relation en quatre mouvements

S'inscrivant dans une approche relationnelle, la « médiation procréative » offre un appareillage théorique pour comprendre la construction du rapport à la maternité chez les femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules. Le processus d'enfantement représente un phénomène *sui generis* plus grand que ses parties; un métissage relationnel qui émerge et se concrétise tout au long de quatre étapes charnières. Ces dernières se déploient à travers une mise en relation entre les personnes concernées et la construction d'un récit de conception.

Dans les prochaines sections, j'expose sommairement les quatre parties de ce modèle tourné vers l'action : 1) **s'engager** dans un processus d'enfantement à plusieurs; 2) **négoier** une entente de procréation assistée par autrui; 3) **mettre en pratique** la gestation pour autrui et le don d'ovules et, finalement, 5) trouver sa place dans le récit de conception et le **raconter**. Ces séquences représentent autant de mouvements enracinés dans les expériences de vie des femmes, permettant de mettre en lumière de façon pragmatique leurs trajectoires, les points de convergence et de tensions entre les personnes impliquées, les marqueurs d'influence, ainsi que les stratégies d'appropriation ou de mise à distance de la maternité.

5.2.1 S'engager

La première séquence évoque les trajectoires respectives des femmes concernées, soit à titre de mères d'intention ou de tierces reproductrices, qui convergent vers un projet commun d'enfantement à plusieurs. La trajectoire des femmes stériles ou infertiles est motivée par le désir d'accéder à la maternité ou de permettre à leur conjoint de devenir père, tandis que celle des femmes porteuses et des donneuses d'ovules montre une pluralité de motifs d'engagement. Leurs représentations de ce qui « fait » ou « ne fait pas » la mère influencent les logiques discursives des femmes et orientent subséquemment leurs comportements et leurs pratiques pour le reste du processus. J'aborde cette séquence dans le chapitre 6.

5.2.2 Négocier

La négociation de l'entente représente le point de rencontre entre les mères d'intention et les tierces. Dans cette séquence du processus, je présente d'abord les trois filières d'accès à la procréation assistée par autrui, puis les cadres normatifs que sont le droit, la médecine et l'État. Chacun de ces éléments génère des régulations plus ou moins cohérentes entre elles qui teintent le déroulement et l'issue de la négociation. Dans un tel contexte, consentir de façon éclairée au projet n'est pas chose aisée. Je présente cette séquence du processus d'enfantement au chapitre 7, concluant par la présentation du concept de « consentement embrouillé ».

5.2.3 Mettre en pratique

Le troisième mouvement se décline en deux séquences : la mise en pratique de la gestation pour autrui et celle du don d'ovules; ces deux pratiques étant suffisamment différentes pour les aborder dans deux chapitres distincts. Ainsi, dans le chapitre 8, je montre que les femmes concernées ritualisent la grossesse et l'accouchement pour faire face à l'incertitude maintenue par le flou juridique actuel entourant la GPA. Les rituels déployés par les femmes à des moments névralgiques visent à construire une confiance réciproque menant ultimement à la remise de l'enfant après sa naissance.

Dans le chapitre 9, je décortique la « course à relais » que représente le don d'ovules, à partir des deux mouvements menant à l'enfantement. D'abord, la préparation du corps de la donneuse et l'extraction des gamètes à l'aide de procédures médicales désincarnent l'ovule et le circonscrivent en matériau biogénétique. Ensuite, l'implantation de l'embryon enclenche chez les mères d'intention le processus d'incarnation de leur maternité par la chair : pendant la grossesse avec le lien utérin avec le fœtus, puis lors de la période postnatale par l'allaitement et son lien nourricier.

5.2.4 Raconter

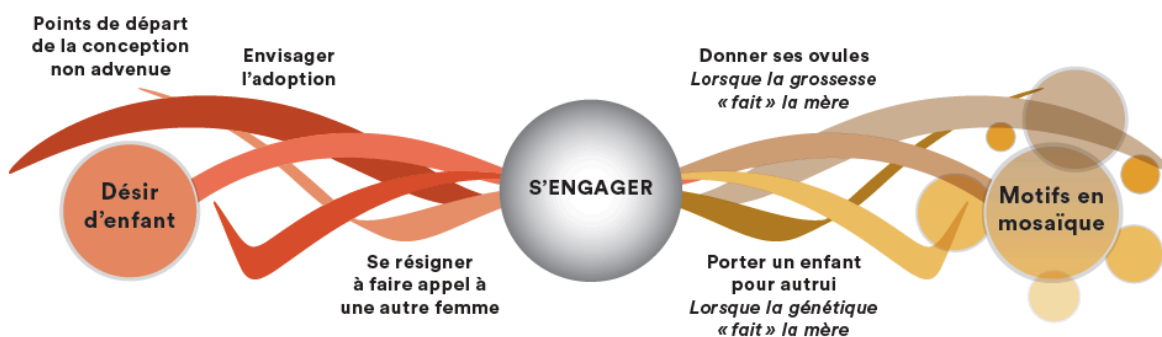
La naissance de l'enfant concrétise la mise en pratique de la GPA et du don d'ovules, mais ne constitue pas la fin du processus d'enfantement. En effet, ce dernier se poursuit par l'élaboration d'un récit de conception où chaque protagoniste trouve sa place dans l'histoire de la genèse familiale. Cette construction narrative évoque la trame relationnelle tissée méticuleusement autour de l'enfant par les adultes concernés et leurs proches, laquelle évolue à travers le temps selon les circonstances et les événements ponctuant le quotidien. Cette quatrième et dernière séquence est présentée au chapitre 10.

Chapitre VI. Des trajectoires convergentes

S'engager dans un processus d'enfantement à plusieurs

Dans ce premier chapitre des résultats, j'explore le prélude du processus d'enfantement par gestation pour autrui et par don d'ovules, retraçant les trajectoires des femmes concernées pour en révéler leurs origines et les tracés. Poser un éclairage sur leurs ramifications est essentiel pour mieux comprendre le premier mouvement de la médiation procréative (*s'engager*), ainsi que la charge émotive et le bagage des protagonistes qui en influencent le déroulement. La figure suivante présente la convergence de ces trajectoires :

Figure 5. La convergence des trajectoires des femmes concernées



Je documente d'abord de manière descriptive les motivations des mères d'intention à solliciter l'aide d'une autre femme pour fonder une famille et accéder à la maternité tant convoitée, puis celles des tierces reproductrices à participer au projet parental d'autrui. Cet inventaire des motifs qui poussent les femmes à s'engager dans une telle démarche me permet de mettre en lumière les logiques discursives avancées par ces dernières pour contextualiser et justifier leur implication. Leurs discours s'ancrent dans des représentations de la maternité et de la famille qui guident ultérieurement leurs comportements à chaque séquence de l'enfantement.

Cet ancrage pragmatique dans les récits biographiques campe les maternités assistées comme un processus influencé par les expériences personnelles antérieures et les relations émergentes, et non comme un événement ayant pour seule résultante la naissance d'un enfant.

6.1 Trajectoires et motivations des mères d'intention

Demander l'aide d'une autre femme pour avoir un enfant n'est jamais une éventualité considérée au premier coup d'œil par les mères d'intention. Il y a d'abord les relations charnelles qui s'avèrent infécondes, puis la procréation assistée à l'aide de techniques de reproduction, qu'il s'agisse de l'insémination artificielle ou de la fécondation in vitro. La trajectoire émerge suite à une situation vécue au sein du couple, dans un espace privé, puis se transpose dans l'espace clinique où des spécialistes orchestrent la rencontre des gamètes. L'impossibilité de fournir soi-même le matériel génétique nécessaire à la fécondation ou de mener une grossesse à terme explique le recours éventuel à la GPA ou au don d'ovules. La procréation assistée *par autrui* comme moyen ultime survient donc plus tard dans leur parcours, après des démarches d'adoption interrompues ou délaissées.

6.1.1 Points de départ de la conception non advenue

La stérilité utérine, l'infertilité et l'âge avancé sont les trois points de départ de la trajectoire des mères d'intention. Au-delà de la variabilité des expériences vécues par les mères d'intention, leurs récits collectifs témoignent tous de souffrances, de doutes et de remises en question liés au désir inassouvi d'être mère à nouveau ou pour la première fois. Lors des entretiens, il n'était pas rare que la participante et moi prenions une pause, le temps qu'elle se ressaisisse et se sente à l'aise de poursuivre son histoire. Dans le cas de la stérilité utérine, l'incapacité de concevoir, de porter ou d'accoucher d'un enfant est confirmée par un diagnostic médical. L'impossibilité d'enfanter peut parfois être connue dès l'enfance, ce qui fait en sorte que le deuil de la grossesse n'est pas vécu comme un choc, mais plutôt comme un état d'être. Les implications futures de la stérilité ne faisant pas partie de leurs préoccupations à cet âge-là, les femmes intègrent alors cette particularité à leur définition de soi.

À l'âge de neuf ans, j'ai su que j'avais un syndrome de Turner. Cela affecte les ovaires, donc j'ai su très tôt que je ne pouvais pas avoir d'enfants. [...] Je n'ai pas rencontré de conjoint stable avant l'âge de 26 ans. Jusqu'à ce moment-là, je me suis dit que j'avais encore du temps. Je n'avais pas encore entamé de vraies démarches, mais je savais quand même que j'avais besoin d'une alternative pour devenir mère : l'adoption ou la procréation assistée. (Sabrina, mère d'intention par GPA)

Dans d'autres situations, le diagnostic est connu plus tard, généralement au moment de la puberté, ou au début de l'âge adulte. Ce fut entre autres le cas de Judith, une mère ayant fondé sa famille par GPA que j'ai rencontrée chez elle alors qu'elle était à la maison avec son nouveau-né. À l'époque, l'absence de menstruations contrastait avec l'expérience des autres femmes de son entourage, pourtant plus jeunes, instillant chez elle le sentiment d'être différente, voire anormale.

Quand j'ai eu 17 ans, mes deux plus jeunes sœurs avaient déjà leurs règles et moi, je n'avais toujours pas les miennes. [...] Mon médecin me disait : « Tant que tu n'as pas 18 ans, ce n'est pas grave ». Je lui ai répondu : « Mes deux sœurs les ont, et pas moi ». Alors on est allés investiguer. Et on a trouvé que je n'avais pas d'utérus. On a commencé à chercher plus loin. Ils ont trouvé que c'était une malformation congénitale : le syndrome MRKH [Mayer-Rokitansky-Küster-Huser]. (Judith, mère d'intention par GPA)

La stérilité, bien que décrite en termes biomédicaux par Sabrina et Judith, n'affecte pas seulement leur système reproducteur, mais entraîne aussi des répercussions importantes sur le plan identitaire. Certes, ne pas être en mesure de vivre la grossesse interroge le parcours futur pour l'accès à la maternité, mais cela ébranle surtout leur conception de la féminité et leur définition de l'identité de genre.

Sur le coup, je ne réalisais pas tout ce que ça impliquait, ne pas avoir d'enfants. À l'époque, c'était plus ma féminité qui me préoccupait. Qu'est-ce que ça veut dire? Que je ne suis pas une « vraie » femme? [...] Ça m'a fait l'effet d'une bombe. Comment je fais pour me définir? Parce qu'à l'extérieur, j'avais mes seins, j'avais mes courbes. Mais à l'intérieur, il me manquait l'organe le plus important qui représente la féminité. (Judith, mère d'intention par GPA)

La stérilité réduit le champ des possibles des femmes concernées pour l'accès à la maternité. Elle s'accompagne d'une redéfinition de soi dans laquelle le corps et l'enfantement sont dissociés, soulevant des questionnements quant à son identité de genre et l'expression de sa féminité. Contrairement à la stérilité utérine qui est connue et interprétée par les femmes par

l'entremise d'une condition médicale, la source de l'infertilité est quant à elle parfois difficile à expliquer ou demeure inconnue. Plusieurs femmes ressentent alors l'urgence d'agir, étant selon elles dans une course contre la montre. Par la menace d'infécondité qu'elle brandit au fil des mois, l'avancée en âge est l'ennemie à vaincre.

Je m'étais dit qu'à 35 ans, j'arrêtais la pilule. Après un an d'essais, on a réalisé qu'il ne s'était rien passé. Je suis allée consulter mon médecin de famille. [...] Ils nous ont proposé d'aller en clinique de fertilité. J'y suis allée tout de suite, pour ne pas perdre de temps. J'ai commencé une série de tests et de prises de sang. Tout ça pour découvrir, quelques mois plus tard, qu'il n'y avait rien. C'était inexplicable. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Tenter sans succès de concevoir amène son lot de déceptions. Chaque menstruation est vécue par les femmes comme un échec, puis s'enchaîne d'une nouvelle tentative à la prochaine ovulation, tout aussi infructueuse. Les espoirs déçus se succèdent, accentuant leur sentiment d'inadéquation. Comme le remarque Estelle, la difficulté à concevoir est alors perçue comme un problème à corriger, une tâche souvent dévolue aux femmes. Cette responsabilité ajoute une pression supplémentaire qui leur courbe l'échine, en plus de fragiliser leur estime de soi.

On a essayé naturellement pendant quelques années. Ça ne fonctionnait pas, avec tous les découragements que cela amène chaque mois. Pour avoir ma fille, ça avait été pourtant facile. J'avais fait une fausse-couche avant elle, donc pour moi il n'y avait pas de problème de fertilité comme tel, mais j'avais 25 ans à l'époque. Le temps a passé, on a décidé de consulter. Pourquoi ça ne marche pas? Je suis peut-être trop stressée. Tu sais, tout ce qu'on met sur les épaules des femmes : c'est ton stress, ta fatigue, c'est ta faute... bref, toutes ces niaiseries-là. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

À travers les nombreux tests et examens auxquels s'astreignent les patientes, il arrive que l'équipe médicale parvienne à identifier la cause de l'infertilité. À défaut d'avoir les mots qui expliquent leur désarroi, plusieurs femmes évoquent spontanément en entrevue la publicité sur le cancer diffusée à la télévision pour illustrer le choc qu'une telle annonce provoque²⁷. À

²⁷ Diffusée en 2013 par la Société canadienne du cancer, cette publicité télévisée intitulée « Le cancer, un coup dur » montre le choc provoqué par l'annonce d'un diagnostic d'un cancer : on y voit d'abord une femme qui l'apprend de sa médecin, qui elle-même l'annonce à son mari, puis à ses enfants. Chaque fois qu'une personne apprend la nouvelle, elle est littéralement propulsée vers l'arrière, comme sous l'effet d'une forte collision automobile. Cette publicité est disponible en ligne sur le site de Télé-Québec [zonevideo.telequebec.tv], dans la rubrique « 30 secondes pour changer le monde ».

l'instar d'une collision automobile, le diagnostic est un coup violent asséné à leur volonté de fonder une famille, puisqu'il met fin au rêve d'enfants auquel elles s'accrochaient depuis plusieurs années. Leurs espoirs, aussi ténus soient-ils, sont alors fracassés et leurs cœurs, meurtris.

Elle nous a révélé qu'on avait un problème, mais que c'était MOI le problème. Là, le monde s'est arrêté. Complètement. [...] Ça m'a coupé le souffle. Malaise total, sueurs froides, frissons. Je *feélais* vraiment pas. Le monde venait de s'arrêter. On venait de me dire que je n'aurai jamais d'enfant. J'avais le cœur brisé en mille miettes. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Bien que le choc soit dur à encaisser, certaines femmes accueillent néanmoins la nouvelle avec un certain apaisement. Non pas que l'infertilité les réjouit, mais le diagnostic offre une réponse concrète à un problème jusqu'alors considéré comme une tare ou une faute individuelle. Concevoir l'infertilité comme une maladie allège ainsi le sentiment de culpabilité que ressentent les femmes, déchargeant de leurs épaules le fardeau de la conception non advenue.

Je fais de l'endométriose, ce qui, finalement, s'est avéré la cause de mon infertilité. Ça a grugé mes ovaires. Mes ovules ne sont plus là, ou mes ovaires sont desséchés. Personne ne me l'avait dit avant. Ça, c'est une chose super importante : savoir *pourquoi* tu es là. Avoir une explication à tout ça. Ce n'est pas une incompétence dont je suis responsable. C'est une maladie. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

Entre deux essais en clinique de fertilité, le parcours procréatif peut parfois prendre une tournure plus réjouissante, avec une grossesse inespérée. Or, ces joies sont de courtes durées, puisque des complications surviennent et mettent abruptement fin à l'épisode de procréation, renforçant leur sentiment d'impuissance.

Tout d'un coup, je tombe enceinte toute seule, naturellement. La grosse surprise! C'était naturel, on s'est donc permis d'y croire pour vrai. Et puis, à trois mois, la clarté nucale était trop épaisse. Au département spécialisé en génétique, ils m'ont suggéré un avortement. Un curetage, cette fois-là, parce que le bébé était trop développé. [...] Il a fallu prendre la décision de...mettre fin à sa vie. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Les fausses-couches et les interruptions médicales de grossesse comme celle vécue par Marie-France sont monnaie courante dans les récits des autres mères d'intention que j'ai rencontrées. Elles ont toutes vécu des hauts et des bas émotionnels, au gré des tests de grossesse et des retards dans le calendrier d'ovulation. Plusieurs parlent d'ailleurs des « montagnes russes » de la procréation assistée qui mettent à rude épreuve leur santé mentale : le creux du désespoir suivi d'une résignation douce-amère, parfois entrecoupé d'une bouffée d'espoir. Les tracassés financiers s'ajoutent aussi à leurs préoccupations, le processus engloutissant rapidement des milliers de dollars. L'absence d'une couverture publique d'aide à la procréation, avant et après l'épisode du programme de procréation assistée au Québec, ajoute une barrière supplémentaire aux couples qui doivent souvent consacrer toutes leurs économies aux traitements de fertilité.

C'était la période où on payait nos traitements. Ça fait qu'on faisait des essais, on prenait une pause, on ramassait des sous. On refaisait un essai, on prenait une pause, on ramassait des sous. Pendant des années. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

Lorsque l'argent du couple est entièrement affecté à la concrétisation du désir d'enfant, cela ne laisse plus beaucoup de marge de manœuvre pour s'adonner à d'autres projets, individuels ou à deux. Il vient aussi un moment où les ressources financières s'épuisent, obligeant le couple à baisser les bras ou à s'endetter. Pour plusieurs, la première option n'est pas envisageable tant que tous les recours n'ont pas été tentés.

On a souvent songé à vendre la maison. Parce qu'on l'avait achetée dans le but de fonder une famille. Ça faisait sept ans que nous étions là à nous morfondre. On ne vivait pas. Mon chum m'a dit : « Marie-France, tu veux des enfants, on va aller emprunter. On va le payer le 15 000\$ ». Je lui ai répondu : « On ne peut pas faire ça, ça n'a pas de sens ». Il dit : « Écoute : on l'essaie une fois. Si ça ne marche pas, tant pis, mais au moins on va avoir été jusqu'au bout ». (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

L'infertilité exacerbe le sentiment d'échec et de culpabilité des femmes qui ne parviennent pas à concevoir par leurs propres moyens. Cela pèse grandement sur leurs épaules, d'autant plus que la cause de l'infertilité n'est pas toujours connue. Elle peut toutefois être traitée à l'aide de protocoles médicaux, lesquels chamboulent le quotidien du couple et accapare le corps des femmes pris en défaut. Chaque traitement est une offensive visant à vaincre le ventre infécond.

Contrecarrer l'âge avancé est le troisième point d'entrée des mères d'intention. « L'âge ne pardonne pas aux femmes », m'a confié Jennifer, une cinquantenaire énergique que j'ai rencontrée chez elle, par une soirée d'hiver clémente. Quelques années plus tôt, le souhait de devenir mère et de fonder une famille avec son nouveau conjoint s'est lentement, mais sûrement imposé dans sa vie. Après plusieurs tentatives infécondes, elle s'est tournée vers les cliniques de fertilité pour trouver une solution et s'enquérir des possibilités. Elle s'est rapidement butée à un refus catégorique de leur part, sous prétexte que son âge avancé l'excluait de l'aide médicale à la procréation.

Je pensais qu'à mon âge, ça allait fonctionner. Le docteur me disait : « Tout va bien, menstruations régulières, *beautiful, everything looks wonderful* ». On a essayé. Cinq ans plus tard, toujours rien. J'ai commencé à visiter les spécialistes, je leur disais que ça ne marchait pas. Au Québec, après 43 ans, ils te disent : « *too bad for you* ». (Jennifer, mère d'intention par GPA)

Dans le cas de Sylvie, son désir de vivre à nouveau la maternité à un âge avancé a fait sourciller les membres de son entourage, ainsi que le personnel soignant des cliniques. Ayant déjà connu la maternité par la naissance de ses trois enfants issus d'une union antérieure, elle souhaite renouveler l'expérience pour permettre à son conjoint, de quelques années son cadet, de devenir père. Son bambin né grâce à un don d'ovules d'une amie dans les bras, elle me partage le fil de sa réflexion :

Il est plus jeune que moi, on a quinze ans de différence. Il a toujours rêvé d'avoir des enfants. Je trouvais ça injuste que le sort lui ai donné la chance de tomber en amour avec moi, qui avait déjà 45 ans et trois enfants. C'est un homme très affectueux et généreux, je me disais « C'est fou qu'il n'ait pas d'enfants. S'il y a un homme sur la terre qui devait être père, c'est lui ». [...] Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce n'est pas lui qui poussait le projet, au contraire. Il était...pas à reculons, mais il avait peur d'y croire. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

À l'aube de la soixantaine, Sylvie dénonce le traitement différencié que les femmes reçoivent lorsqu'elles ont un enfant plus tard dans leur vie, comparativement aux hommes du même âge.

Si j'étais tombée enceinte à 43 ans et que mon chum en avait 57, personne n'en parlerait. Parce que c'est la femme qui est plus âgée, cela choque plus. C'est hors norme. C'est surtout de l'infantilisation, du sexisme : « Qu'est-ce qu'elle a pensé à son âge...?! ». Comme si nous n'étions pas capables de prendre des décisions réfléchies. Franchement! Ce n'est pas une décision que l'on prend à la légère; elle est prise en toute connaissance de cause. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Croyant à l'époque avoir tourné la page sur le chapitre familial de l'enfantement, certaines femmes telles Sylvie et Nadia ont eu recours à la stérilisation volontaire après avoir eu des enfants dans le cadre d'une union précédente. Leur âge, conjugué à cette méthode de contraception pour ainsi dire définitive, représente alors une embûche pour la concrétisation d'un projet parental avec leur nouveau partenaire. Au regard des transitions qui ont ponctué leur trajectoire de vie et de leur situation conjugale actuelle, la ligature des trompes s'avère aujourd'hui une décision qu'elles regrettent ou, du moins, souhaitent renverser. Dans d'autres situations, la stérilisation est toutefois involontaire et non désirée, son recours étant motivé par des considérations de santé pour préserver la vie de la femme. C'est entre autres le cas de Rachel qui, après avoir donné naissance à son premier enfant, a dû subir une hystérectomie qui a chamboulé son rêve d'une progéniture nombreuse.

J'ai eu un choriocarcinome, qui est un cancer du placenta. C'est quelque chose de rare. Ça a été détecté relativement tard. J'ai fait une hémorragie, et ils ont été obligés d'enlever l'utérus parce que sinon, j'allais mourir. J'avais encore mes ovaires, mais je n'avais plus d'utérus. Après, j'ai eu de la chimio pendant environ un an après la naissance de mon premier bébé. (Rachel, mère d'intention par GPA)

Atteinte d'un cancer l'ayant confiné à l'hôpital pour des traitements de chimiothérapie après la naissance de son enfant, Rachel n'a pas pu profiter des premiers moments avec son nouveau-né ni l'allaiter. En ayant recours à la gestation pour autrui, elle peut ainsi espérer avoir un deuxième enfant et avoir l'occasion, non pas de vivre la grossesse, mais plutôt la période postnatale. Son objectif n'est donc pas de fonder une famille, mais bien de pouvoir vivre pleinement une maternité qui lui a été dérobée par la maladie.

6.1.2 Un parcours qui fragilise le couple

Les récits des mères d'intention, bien que racontés à la première personne, témoignent en fait d'une expérience à deux. Souvent un peu en retrait, les conjoints des femmes sont tout de même présents comme accompagnateurs tout au long du processus. Pendant plusieurs années, leur vie conjugale se vit au rythme des calendriers d'ovulation de leur compagne, des rendez-vous en clinique de fertilité et des tests de grossesse mensuels.

Mon chum m'a toujours supportée. Il a toujours été là, mais en même temps, c'est moi qui *leadais* tout, qui *drivais* le bus : « Il faut que tu sois là à telle heure, tel rendez-vous, il faut que tu fasses ton don de sperme, il faut que tu viennes avec moi à mon rendez-vous ». Il suivait le bateau. À un moment donné, il m'a dit : « Jusqu'à quand, jusqu'où on va... ». Je pense qu'il était proche de la limite, après sept ans. Honnêtement, j'étais tellement déterminée. Il aurait vraiment fallu que quelqu'un m'arrête et me dise : « Tu ne peux pas, c'est interdit ». Je n'avais pas de fin. [...] Ça vient me chercher [sanglots, long silence]. Je l'ai tellement voulu, cet enfant-là. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Les femmes soulignent leur détermination inébranlable pour expliquer leur persévérance à vaincre l'infertilité, malgré les embûches et le temps qui passe. D'autres murmurent le mot « acharnement » pour témoigner de leur entêtement à poursuivre leurs démarches malgré la souffrance et la détresse, ainsi que l'inconfort grandissant de leur partenaire de vie. Les injections répétées, les traitements hormonaux et les effets secondaires des médicaments transforment corps des femmes en un champ de bataille qui les éloigne de leur amoureux. L'infertilité blesse leur chair, mais abime aussi leur couple.

Quand je suis revenue, il était ici. J'ai éclaté. J'ai braillé. « Je suis tannée des traitements... Ça fait mal, ça fait vraiment mal ». Mon chum m'a dit : « Moi aussi, je suis tannée ». Mais il n'osait pas me le dire et moi, je ne voulais pas le décevoir. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

Comme me le confie Élisabeth, l'ensemble du processus a fragilisé son couple, atteignant presque le point de rupture. Elle parle d'ailleurs des « trois D » de l'infertilité : *doutes*, *déceptions* et *deuils*, lesquels peuvent mettre à rude épreuve la plus robuste des relations; en doutant d'abord de soi-même, ainsi que de la justesse ou du bien-fondé de sa démarche. La peur de décevoir l'autre confine quant à elle les partenaires dans un mutisme, tandis que l'expérience des deuils successifs est vécue différemment par chacun, les isolant encore davantage. Après

près d'une décennie de traitements, Marie-France a vu justement son couple sur le point de s'écrouler après une énième fausse-couche :

Mon conjoint et moi, on a failli se séparer à cette époque-là. Et ça, c'était vraiment...la quarantaine de mon chum, en même temps que les fausses-couches, la peine qui occupait toute la place...ça ne fonctionnait plus. On n'en pouvait plus. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Sur le point de mettre fin à leur relation, plusieurs couples ont choisi de prendre une pause pour réfléchir à leur avenir et confirmer si le projet d'enfant était essentiel ou non à leur bonheur. Ce temps d'arrêt permet aux couples de réfléchir à l'importance d'avoir un enfant, de fonder une famille et d'être parents, ces trois éléments étant pour eux autant de facettes d'un seul et même désir. Soutenues par leur conjoint, la plupart des femmes que j'ai rencontrées ont traversé cette épreuve avec la conviction renouvelée que la vie de famille n'était pas une condition *sine qua non* à la poursuite de la relation conjugale.

Je lui ai dit, à ce moment-là : « Penses-y comme il faut. Si tu veux vraiment un enfant, ça se peut qu'avec moi, ça ne marche jamais. Sérieusement, va réfléchir. Consulte un psychologue, va penser ». On a annulé le mariage. Il a pris du temps, il a fait quelques rencontres, il a réfléchi. Il est revenu en disant : « Si j'ai un enfant, c'est avec toi que je veux l'avoir. Sinon, bien ça sera ça ». (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

Cela n'est toutefois pas le cas pour toutes, évidemment. Considérant mon objet d'étude, je n'ai pas rencontré de femmes séparées qui ont dû abandonner leur projet parental à la suite de leur rupture. Sur les treize mères d'intention rencontrées, une seule était nouvellement célibataire au moment de l'entrevue. Sachant qu'elle devait opter pour une alternative étant donné sa stérilité, Sabrina a proposé la gestation pour autrui à son conjoint comme mode d'entrée en famille et recours ultime. Ce dernier a refusé d'embarquer avec elle dans ce projet, puisque sa conception des liens familiaux et de la maternité excluait sa compagne du rôle de mère; pour le conjoint de Sabrina, la mère est la femme qui porte et accouche de l'enfant.

Je suis quelqu'un de fondamentalement positif et j'attendais juste son OK. Mais je n'ai pas eu son support là-dedans, parce qu'il ne savait pas comment gérer la peine. Des nuits entières à pleurer. Il me disait que si c'était pour être avec une mère porteuse, il ne pourrait jamais me considérer comme la mère de ses enfants. (Sabrina, mère d'intention par GPA)

Face à des traitements de fertilité infructueux et des démarches d'adoption les ayant laissées dubitatives, les femmes sont alors à un moment décisif : mettre de côté leur désir maternel ou explorer la possibilité d'être mère sans donner naissance, en adoptant un enfant.

6.1.3 Envisager puis renoncer à l'adoption

Souvent en concomitance avec leur parcours en clinique de fertilité, les mères d'intention que j'ai rencontrées ont toutes évalué la possibilité d'adopter un enfant résident au Québec ou à l'international. Dès lors, leur but n'est pas nécessairement d'avoir à tout prix un enfant qui leur soit lié génétiquement, mais bien de fonder une famille.

Dans ma tête, c'était clair : « Si je veux des enfants, je vais devoir adopter. Ou faire le choix de ne pas avoir d'enfants ». Mais ça, ce n'était même pas une option. Il y a tellement de possibilités. Je vais adopter à l'international, ou je vais adopter ici, ou je vais devenir une famille d'accueil. Peu importe, mais il fallait qu'il y ait des enfants dans ma vie. (Judith, mère d'intention par GPA)

Par-delà le souhait initial d'accueillir un enfant et de l'adopter, plusieurs embûches font toutefois obstacle au projet dès la phase d'exploration. Les critères d'admissibilité établis par les pays où résident les enfants tels que l'âge des personnes candidates, leur statut matrimonial, leurs revenus et l'absence de situations de handicap font en sorte que l'adoption est inaccessible, ou du moins, représente un contexte d'accès à la parentalité perçu comme étant très compliqué. Pour mettre toutes les chances de leurs côtés, certains couples vont tout de même se marier, voire apprendre la langue du pays ciblé. Les délais d'attente et l'issue incertaine du processus en rebutent néanmoins plusieurs.

Au début, tu penses que ça va être simple. On est un couple marié, de bons revenus...mais non. Les délais d'attente sont épouvantables. Bien souvent, à cause de notre âge – ils prennent les deux : mon âge et celui de mon chum – on n'est pas admissibles, ou ce sont des enfants plus âgés qu'ils te proposent. On a aussi entendu des histoires de corruption dans certains pays, des enveloppes brunes qui circulent. Bref, tu ne sais pas trop dans quoi tu t'embarques. Ça m'a fait peur. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Je ne suis pas apte à adopter dans plusieurs pays, parce que je suis sourde. Pour le pays qu'on avait choisi, ils ont changé les critères à la dernière minute. C'était vraiment compliqué. Le psychologue à la DPJ nous avait dit : « Ne touchez pas à ça ». Ça fait qu'on a arrêté nos démarches. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

En parallèle à leurs démarches pour l'adoption internationale, la majorité des couples ajoute leurs noms à la liste pour une adoption régulière au Québec. Considérant la rareté des enfants confiés en adoption dès la naissance, les délais d'attente pour cette filière incitent les couples à s'y inscrire, tout en étant conscients que la probabilité que leur rêve se réalise de cette façon est pour ainsi dire nulle. Ils se tournent alors vers le programme Banque-mixte des centres jeunesse²⁸. Plusieurs ont assisté à une rencontre d'information, en prévision d'un dépôt de candidature comme famille d'accueil. La pluralité des démarches entreprises s'avère toutefois incompatible avec l'accueil d'un enfant pris en charge par la protection de la jeunesse :

Après ça, on s'est tournés vers la Banque-mixte. On est allés à des rencontres. Je pense qu'on aurait pu être un bon profil de couple, avec notre situation familiale et tout ça. Mais, ils nous ont dit : « Si vous êtes en traitement de fertilité, terminez d'abord votre processus. Vous viendrez ici après. Ça demande trop. On ne peut pas faire les deux en même temps ». (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

Tout comme pour l'adoption internationale, les couples sont échaudés par la lourdeur administrative, les pratiques institutionnelles et les critères d'admissibilité jugés restrictifs. La crainte de se faire retirer la garde de l'enfant si les parents d'origine le réclament après plusieurs années au sein de la famille d'accueil demeure néanmoins la principale préoccupation des mères d'intention. Pour elles, cette éventualité présente une menace suffisamment sérieuse pour mettre de côté définitivement le projet d'adoption.

²⁸ L'accueil et l'adoption d'un enfant résident au Québec peut s'effectuer par l'entremise du programme Banque-mixte des centres jeunesse (Pagé, 2012). Le processus s'échelonne généralement sur plusieurs années et comprend des séances d'information, la complétion du dossier de candidature, des évaluations psychosociales individuelles et de couple et une période d'attente lorsque l'évaluation des personnes postulantes a été jugée favorable. Ces dernières deviennent d'abord une famille d'accueil pour un enfant jugé à haut risque d'abandon qui leur sera confié par la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), en raison de maltraitance dans le milieu familial d'origine. Le placement de l'enfant peut être temporaire ou à long terme (jusqu'à sa majorité, par exemple), voire mener à l'adoption au plan juridique par les parents d'accueil.

J'ai regardé au Québec en premier. De manière régulière, c'est six à huit ans. C'est très long. La Banque-mixte, il y a toujours une chance qu'ils reviennent pour prendre l'enfant. Je trouvais qu'avec mon plus vieux, ça ne se faisait pas d'amener un bébé ou un jeune enfant et lui dire : « Ça va être ton petit frère ou ta petite sœur, mais ça se peut qu'il s'en aille après deux ans ». S'attacher ou ne pas s'attacher. Je trouvais que ce n'était pas une option. (Rachel, mère d'intention par GPA)

En somme, les femmes ont toutes envisagé l'adoption comme moyen de fonder une famille, puis y ont renoncé, étant donné les délais d'attente importants, la lourdeur administrative et, surtout, la crainte que l'enfant soit repris par ses parents d'origine. Ainsi, tant pour l'adoption internationale que pour l'accueil d'un enfant par l'entremise du programme Banque-mixte des centres jeunesse, des barrières s'érigent sur le chemin vers l'accès à la maternité, faisant dévier les trajectoires des femmes.

6.1.4 Se résigner à faire appel à une autre femme pour avoir un enfant

L'aide médicale à la procréation et l'adoption étant désormais des possibilités caduques aux yeux des mères d'intention, la procréation par tierces reproductrices représente alors leur dernier espoir avant de mettre définitivement une croix sur leur désir d'enfant. Dans le couloir des modes d'entrée en famille, la GPA et le don d'ovules sont néanmoins les dernières portes entrebâillées par les couples.

On s'est dit : ça ne marche pas avec nos propres moyens, mais peut-être qu'on pourrait mettre notre bébé dans une bedaine et le faire grandir. On n'a jamais fermé totalement les portes. S'il y en avait une qui se fermait, on cognait pour en ouvrir une autre. (Josée, mère d'intention par GPA)

Qu'est-ce qui est plus important pour moi, être enceinte ou avoir un bébé? *Do I want to be right, or do I want to win?* C'était tellement facile comme décision. *I want a child.* (Jennifer, mère d'intention par GPA)

Contrairement aux idées reçues, le recours à ces pratiques n'est pas motivé nécessairement par le besoin intrinsèque d'un lien biogénétique avec son enfant. La prise en considération de l'adoption internationale ou locale plus tôt dans le processus montre que le désir d'accueillir et de prendre soin d'un nouveau-né surpasse chez les femmes concernées celui de l'hérédité. Il en est de même pour l'adoption d'un embryon, comme l'explique Sylvie :

Au départ, on avait même envisagé l'adoption d'un embryon qui n'avait aucun lien génétique avec nous. Le lien génétique n'était pas si important que cela. Ce qui était important pour nous, c'était d'avoir un enfant ensemble. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Chez les mères d'intention, le désir d'enfant implique surtout le besoin de contribuer par tous les moyens possibles au processus d'enfantement. « *The more, the better* » résume à ce propos Jennifer. Cette volonté transige alors par différentes pratiques et usages du corps, que ce soit le prélèvement d'un ovule ou l'expérience de la grossesse, mais aussi la présence physique aux rendez-vous médicaux, le peau-à-peau après l'accouchement, ainsi que l'allaitement. Chacune de ces pratiques conforte le sentiment chez les femmes d'avoir été partie prenante du processus, consolidant leur légitimité en tant que mères. En ce sens, le choix entre le don d'ovules et la gestation pour autrui est guidé d'abord et avant tout par les potentialités que recèle le corps des mères d'intention.

Avoir recours au don d'ovules permet de porter soi-même son enfant et de lui donner naissance, facilitant du même coup l'allaitement en période postnatale. Peu connue du grand public, cette technique est souvent partagée sous l'initiative du médecin :

Le fertologue m'expliquait : « C'est l'âge de tes ovules ». Parce que dans le fond, je n'avais pas de problème à porter un enfant. L'utérus n'a pas d'âge, c'est juste que je ne pouvais pas féconder. Notre embryon ne se développait pas. Il y avait donc une autre option : le don d'ovules. Je ne connaissais pas trop ça, mais je savais que ça se faisait. Mon chum était ouvert à l'idée. Il m'a dit : « Écoute, c'est encore mieux qu'adopter : c'est toi qui va porter l'enfant ». L'option idéale, ça aurait été d'avoir un enfant par nous-mêmes. Mais le second *bet*, je pense, c'est qu'avec le don d'ovules, je portais l'enfant, et mon chum avait aussi une partie de lui. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Or, cette éventualité n'est pas exempte de craintes chez les receveuses. L'angoisse de ne pas être en mesure d'aimer pleinement son enfant ou de s'y attacher réfrène les ardeurs chez certaines femmes :

Le médecin nous a dit : « Plus de ponctions pour toi. Ta réserve ovarienne est trop basse, ça ne donnera rien. Tu as un risque de faire des infections à nouveau, on ne veut pas prendre le risque. Tout ce qu'il te reste, c'est le don d'ovules ». Sur le coup, c'est comme : « Ouain...OK [ton qui exprime le malaise], je vais porter un enfant qui vient de quelqu'un d'autre ». Déjà, avec toutes mes questions « Est-ce que je vais aimer autant le prochain que le premier »...là, en plus, ça va être l'ADN d'une autre, mélangé avec celui de mon

chum. Qu'est-ce qui va arriver? À qui cet enfant-là va ressembler? Je voulais tellement être enceinte et avoir un autre bébé dans mes bras, mais j'étais terrorisée. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

Si le ventre arrondi et l'allaitement attestent hors de tout doute du lien maternel entre la mère et son enfant, l'apparence physique éventuelle de ce dernier est source de questionnements et d'appréhensions. Les traits phénotypiques de l'enfant sont souvent mentionnés par les mères d'intention concernées, certaines craignant par exemple que la dissemblance physique déclenche des rumeurs d'adultère dans le quartier.

La gestation pour autrui représente une autre option envisageable pour les femmes qui, pour des raisons de santé par exemple, ne sont pas en mesure de mener à terme une grossesse. Certaines d'entre elles fourniront leurs propres ovules dans le cadre d'une entente de GPA gestationnelle, comme c'est le cas de Sofia :

Dès le début, je trouvais que c'était la meilleure des solutions, considérant les circonstances. La solution idéale aurait été que je le porte moi-même. Au début, je n'étais pas sûre si ce serait nos gènes ou pas. On a découvert que nous étions fertiles tous les deux, on n'avait zéro problème pour faire un embryon. Puisque je ne pouvais pas porter et qu'il fallait trouver une autre solution, celle-là était la bonne. (Sofia, mère d'intention par GPA)

D'autres femmes devront aussi avoir recours à un don d'ovules, en plus de solliciter l'aide d'une femme porteuse. C'est entre autres le cas de Jennifer, dont le deuil de la grossesse est prégnant dans son récit, mais est apaisé par le rêve, désormais accessible et non plus seulement fantasmé, d'avoir un enfant et de le prendre dans ses bras.

You know, je voudrais être enceinte parce que *it's a beautiful experience*. Toutes mes amies ont trouvé ça très cool. C'est beau. Je trouve que les femmes enceintes sont tellement belles. Je trouve ça vraiment spécial. Oui, c'est plate, mais je n'ai pas... [silence]. *I want a child more than I need to be pregnant*. J'ai pris une décision, et la minute que je l'ai prise, c'est fait. *I'm not wistful*. (Jennifer, mère d'intention par GPA)

Tout comme pour le don d'ovules, c'est souvent le médecin traitant de la femme qui lui suggère d'explorer la GPA comme recours ultime. Cette suggestion est toutefois accompagnée de mises en garde concernant l'absence d'encadrement législatif ou le retrait de la gestation pour

autrui du panier de services de la clinique. Le vernis de dangerosité que revêt cette option en laisse plusieurs dubitatives, comme ce fut le cas pour Élisabeth :

La médecin m'a dit : « Élisabeth, tu en as assez fait. Tu as eu six embryons en tout, et ça n'a jamais fonctionné. À un moment donné, ça suffit ». J'avais pris cinquante livres, avec toutes les hormones. Elle a ajouté : « Au pire des pires, il y a les mères porteuses, mais nous, on ne le fait pas ici ». Parce que les zones grises, au Québec...eux autres, ils ne voulaient pas toucher à ça. Elle nous a dirigés vers une autre clinique. On ne savait pas trop quoi faire. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

Malgré les informations parfois contradictoires recueillies à propos de la GPA et l'issue incertaine du processus, des couples d'intention décident tout de même d'aller de l'avant et de s'engager dans une telle démarche. Ils devront dès lors choisir la filière d'accès qui s'arriment le mieux à leurs besoins et à leurs conditions de vie, une séquence du processus d'enfantement discutée dans le prochain chapitre.

6.2 Trajectoires et motivations des tierces reproductrices

Si les trajectoires des mères d'intention sont plutôt linéaires et recourent une série d'enchainements les menant vers la procréation à l'aide de tierces reproductrices, celles des tierces sont, quant à elles, plus éclatées. À l'image d'une mosaïque, leurs motifs prennent plusieurs formes et couleurs, imbriquant les besoins d'autrui et leurs intérêts personnels. Les sept motivations que j'ai documentées ne sont pas mutuellement exclusives, puisqu'elles s'articulent souvent dans un ensemble cohérent réunissant plusieurs dimensions. Prendre la pleine mesure de cette pluralité et de ses nuances m'apparaît nécessaire pour éviter le piège de la construction d'un récit unique dans la recherche. Enfin, cela est utile pour comprendre les enjeux soulevés tout au long du processus d'enfantement, notamment au moment de la négociation de l'entente.

6.2.1 Offrir le cadeau de la maternité à une autre femme

Sensibles à la détresse causée par l'infertilité, les femmes porteuses et les donneuses d'ovule mentionnent le désir d'offrir le « cadeau » de la maternité à une autre femme. Celles qui sont mères elles-mêmes se prennent d'ailleurs souvent en exemple, estimant que leurs grossesses ont été particulièrement faciles et qu'avoir un enfant représente le plus grand bonheur de leur vie. Elles souhaitent ainsi partager ce bonheur à d'autres, apaisant par le fait même la souffrance de la conception non advenue chez celles qui souhaitent pourtant ardemment devenir mères.

Quand j'ai connu le bonheur d'être mère, je me suis dit qu'il fallait que je le fasse vivre à une femme qui ne pouvait pas. C'est là que l'idée a commencé à germer. Je n'avais pas d'amie proche qui souffrait d'infertilité, mais c'est vraiment la découverte de ma propre maternité qui m'a donné envie de partager ce bonheur-là. (Zoé, femme porteuse)

Je trouve ça beau. Cela ajoute à mon sentiment de fierté. Je les ai aidés à créer leur famille. J'ai créé une mère. Je trouve cela le fun parce que dans la vie, être maman, c'est mon plus bel accomplissement. De savoir que j'ai pu permettre à une autre de le faire, c'est incroyable. Que grâce à moi, il y en a une autre qui peut vivre ce que moi je préfère de ma vie. (Patricia, femme porteuse)

Donner un ovule ou porter un enfant pour autrui peut aussi représenter un geste s'inscrivant dans une perspective de justice sociale. À ce titre, l'inégalité entre les hommes et les femmes face à la procréation est dénoncée par les tierces qui adoptent une posture plus militante. Pour Amélie, les dons ont en effet le potentiel d'infléchir la norme procréative en mettant en échec « l'horloge biologique », en plus d'enrichir le champ des possibles pour les femmes plus âgées :

Je suis sensible au fait que des femmes peuvent vouloir fonder une famille ou avoir un deuxième enfant plus tard dans la vie. Si je peux aider ces femmes-là à mener un projet professionnel, à continuer leurs études... c'est quand même une grande injustice entre les hommes et les femmes. Je pense qu'elles méritent autant que les hommes de repousser ces projets-là un peu plus tard. (Amélie, donneuse d'ovules)

Les motivations des tierces, particulièrement les donneuses, sont souvent ancrées dans un rapport relationnel préexistant. Étant sensibles aux problèmes d'infertilité de leur amie ou d'une connaissance, elles souhaitent les aider à devenir mères et ainsi réaliser leur rêve. Le don est donc offert en réponse à ce besoin exprimé par une femme ou un couple de leur entourage.

C'est ce que je lui ai dit pendant tout le processus : « Moi, c'est vraiment un cadeau de moi à toi. Je fais ça *pour toi* ». Ce n'était pas pour le couple, c'était vraiment entre nous deux. « Ce que mon corps peut produire, je te l'offre, parce ce que le tien, ce n'est pas possible ». (Amélie, donneuse d'ovules)

Parfois, il s'agit d'un don d'un couple à un autre, et non une initiative individuelle. Le don s'inscrit alors dans un processus au sein duquel les partenaires des femmes sont impliqués à la fois dans les discussions initiales, mais aussi dans les démarches subséquentes. Bien que la tierce en soit entièrement l'autrice, le geste est posé au nom du couple. Cela fait écho à l'expérience de Gabrielle et de son conjoint qui ont voulu aider leurs amis, un couple très proche d'eux qui ne parvenait pas à enfanter.

Notre couple d'amis, on les aime d'amour. Ce sont de bonnes personnes. Pour moi, c'était ça : je voulais leur donner la chance d'avoir un enfant, une famille. Je ne l'aurais pas fait pour n'importe qui, mais eux, oui. Ils ont droit à ce bonheur-là comme n'importe qui, et c'était ça qu'on voulait : qu'ils puissent y avoir accès. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Permettre à une autre femme d'avoir accès à la maternité représente une source de fierté pour les donneuses d'ovule et les femmes porteuses. Sensibles à la souffrance causée par la conception non advenue, elles veulent contribuer à la concrétisation d'un rêve longtemps caressé par autrui. Offrir ses gamètes ou porter un enfant est alors un cadeau précieux remis à une autre femme, ou à un couple.

6.2.2 Permettre à des hommes gais de devenir pères

Pour d'autres tierces, c'est davantage leur sensibilité à l'homoparentalité qui les a poussées à porter un enfant ou à donner un ovule à un couple gai, qu'il s'agisse d'une proposition offerte à des amis proches ou d'un projet à bâtir avec des inconnus. « C'est vraiment mon amour pour eux qui fait en sorte que j'ai eu envie de leur offrir un enfant, confie Marilyne, une femme

porteuse. Ils le méritent tellement [...] Ça serait injuste qu'ils ne puissent pas être papas, juste parce que ce sont deux hommes », ajoute-t-elle.

Pour ces femmes, le désir de permettre aux hommes gais d'accéder à la paternité est le moteur de leur engagement dans le processus d'enfantement. Elles sont aussi sensibles aux difficultés rencontrées par les couples de même sexe pour fonder une famille et veulent contribuer à les désamorcer. Par leur participation au projet parental d'autrui, elles combattent à leur manière la discrimination à caractère homophobe et les préjugés envers la paternité gaie.

They have so many more hurdles that they have to jump. We have a bunch of girls in the agency that refuse to do it for a gay couple. It's their choice, their religion kind of thing, but...I mean, everybody is equal, and everybody deserves to have a kid. (Karen, femme porteuse)

Pour d'autres, leur geste a des implications familiales. Aider un cousin ou un frère gai dans ses démarches permet de contribuer à son bonheur personnel et conjugal, mais également celui de la famille élargie dont la tierce fait elle-même partie. Cela est à la fois une forme de solidarité entre les personnes d'une même génération, mais aussi une manière pour que les parents du futur père, particulièrement sa mère, deviennent grands-parents. Ce faisant, l'homosexualité d'un enfant n'est plus nécessairement une entrave à l'expérience de la grand-parentalité des parents. Vanessa, qui envisage de porter l'enfant de son cousin, explique :

Je suis allée voir mon cousin et son chum après mes accouchements, quand je savais qu'on n'en voulait plus d'autres : « Si jamais vous voulez de l'aide, j'ai adoré être enceinte ». Pour moi, ça me semblait une alternative vraiment intéressante. De pouvoir le faire pour quelqu'un de ma famille. C'est extraordinaire, je trouve. En plus, ma tante pourra être grand-mère, même si son fils est gai. (Vanessa, femme porteuse)

Vouloir aider des hommes gais à devenir pères façonne distinctement l'expérience des tierces reproductrices concernées, comparativement à celle vécue dans le cadre de projets formulés par un couple hétérosexuel. D'abord, les tierces sont souvent les seules femmes impliquées dans le processus d'enfantement. Ensuite, la trajectoire des pères gais est dépourvue du bagage associé à l'infertilité porté par les mères d'intention. Comme nous le verrons dans les prochains chapitres, ces deux aspects teintent le déroulement du processus, notamment la construction de la genèse familiale et la mise en récit des origines.

6.2.3 Porter un enfant pour autrui

Par leur implication dans le projet parental d'autrui, les femmes porteuses ne banalisent pas la grossesse et l'accouchement; au contraire, ce sont des expériences extraordinaires qu'elles veulent renouveler. Porter un enfant avec l'intention de le remettre à ses parents à la naissance leur procure un arrangement qui résonne positivement dans leur vie, étant donné la noblesse du geste et la gratification qu'il leur procure.

J'ai toujours eu un petit côté « mère Teresa » : prendre soin et materner, donner au suivant. J'avais besoin de canaliser cette énergie-là quelque part. Je voulais le vivre pour quelqu'un, mais aussi le vivre pour moi. Je vais avoir beaucoup d'attention. Pas pour avoir de l'attention *sur moi* nécessairement, mais pour inspirer, pour faire triper le monde : « Regardez ce qui existe, ce qui est possible de faire ». Être un peu comme une pionnière de ce mouvement-là, parce que j'y crois. (Claudine, femme porteuse)

Faire des choses positives pour moi, ça me rend heureuse. Ce n'est pas quelque chose que je trouve excessif. Il y a des gens qui vont peut-être trouver que c'est quelque chose de gros. Je ne pense pas que tout le monde peut accomplir ça, en effet. (Isabelle, femme porteuse)

Les femmes porteuses que j'ai rencontrées sont conscientes que la grossesse pour autrui chamboule les conceptions à propos de la maternité et met en débat l'agentivité des femmes. Or, pour elles, l'immensité du geste et de ses risques invite à la prudence, certes, mais ne sont pas des considérations suffisantes ni même légitimes pour interdire la pratique ou tenter de contrôler leur autonomie reproductive. De fait, outre la réponse à un besoin d'autrui, elles veulent aussi le faire parce qu'elles prévoient en retirer des bienfaits pour elles-mêmes. J'ai relevé trois retombées positives recherchées par les femmes.

Les plaisirs de la grossesse sont souvent évoqués par les femmes porteuses pour expliquer leur motivation à participer à un projet de GPA. « *I honestly love being pregnant. I would stay pregnant my whole entire life if I could* », me confie Karen, résumant succinctement ce qui l'a amené à porter un enfant pour autrui, et ce, à quatre reprises au cours des dernières années. Déjà mères de plusieurs enfants, ces femmes souhaitent renouer avec la grossesse et être enceintes à nouveau, sans que cela implique d'ajouter un nouvel enfant à leur marmaille. Situation gagnante selon elles pour toutes les parties impliquées, la gestation pour autrui leur

permet d'éviter de mettre définitivement une croix sur cette expérience corporelle et émotionnelle qu'elles chérissent.

Je n'avais pas fait le deuil de la grossesse. Mais en même temps, ma dernière en vaut quinze [rires]. Je n'en voulais pas plus [rires]. Et j'étais séparée *anyway*. Je me suis dit : « Je pourrais peut-être être mère-porteuse ». Comme ça, j'aurais le côté que je recherche, mais en même temps, pas le bébé. (Andréane, femme porteuse)

Dans le même ordre d'idées, les femmes qui mettent de l'avant cette motivation entretiennent un rapport particulier à la grossesse et l'accouchement. Plusieurs femmes porteuses parlent abondamment de leur passion pour la grossesse; certaines sont d'ailleurs mères d'allaitement, conseillères en périnatalité ou animatrices de cours prénataux. L'accouchement représente pour elles un rite d'une grande portée symbolique. Le vivre à nouveau est un privilège qu'elles veulent partager aux côtés d'une autre. Cet attrait pour l'univers maternel expliquerait leur objectif de vivre le processus aux côtés d'une sage-femme ou d'une accompagnante (doula), et d'accoucher dans des conditions qui correspondent à leurs désirs, dans une maison de naissance ou chez soi, par exemple.

On fait le bien parce que cela nous en apporte aussi. Ma famille est terminée et je reste avec ce souvenir d'accouchements merveilleux. Je me disais : « Je ne peux pas croire que je ne vivrai plus jamais cela ». Mon deuil de cela n'était pas fait, mais ma famille était complète. En étant mère porteuse, je me gâtai vraiment : j'ai fait un autre suivi avec une sage-femme et j'ai accouché dans une maison de naissance. (Patricia, femme porteuse)

Prendre du temps pour soi et sa famille, après des années mouvementées, est un avantage collatéral de la grossesse pour autrui. Certaines femmes porteuses, notamment les cheffes de familles monoparentales, souhaitent profiter d'un arrangement qui facilite leur vie quotidienne. Le projet de GPA arrive donc à point nommé pour prendre une pause du stress de la conciliation travail/famille, comme l'expliquent Isabelle et Élise :

Je ne te cacherai pas que les avantages du RQAP²⁹ sont aussi tentants pour moi. Dix-huit semaines à passer avec ma famille et à me donner à 100% pour mon fils, c'est quelque chose que j'apprécie beaucoup. (Isabelle, femme porteuse)

Je le faisais en même temps un peu pour moi, cette grossesse-là. Pour moi qui vis avec quatre enfants et qui travaille à l'autre bout de la ville, qui fait une heure et quart de transport le matin et le soir...je suis en retrait préventif. Juste d'avoir un an à la maison avec mes enfants, reprendre un rythme de vie normal, c'est le plus beau des cadeaux. Cette année-là, je me la donne pour respirer, pour profiter. Pour savourer le moment avec ce bébé-là dans mon ventre. (Élise, femme porteuse)

Pause salvatrice pour certaines, la GPA et le congé de maternité qui s'en suit représentent pour d'autres l'occasion de se consacrer à des projets personnels tels que la poursuite d'études supérieures, la rédaction d'un mémoire de maîtrise ou une réorientation de carrière.

Ça s'est mis à me trotter dans la tête. Je suis en transition de vie, si on veut. Je suis séparée depuis un an. Je veux changer de carrière, tout ça. C'est comme l'année idéale pour le faire. (Marilyne, femme porteuse)

Bref, la grossesse pour autrui requiert d'aménager autrement sa vie pendant plusieurs mois, ce qui impose certains sacrifices de la part de la femme porteuse et sa famille, mais peut aussi avec des retombées positives. Pour d'autres, sans être une motivation cruciale pour leur adhésion au projet, il s'agit tout de même d'un arrangement propice pour y combiner leurs ambitions et leurs aspirations personnelles.

Enfin, la gestation pour autrui fabrique de la parenté. C'est du moins le sentiment de Kate, une femme ayant porté un enfant pour un couple d'amis dans le cadre d'une entente de GPA génétique. En utilisant son propre ovule, elle donne ainsi naissance à un frère ou à une sœur « de sang » pour sa propre fille. Son objectif est ici de créer une fratrie pour son enfant dont la parentèle est à l'heure actuelle réduite, voire inexistante.

²⁹ En vigueur depuis janvier 2006, le Régime québécois d'assurance parental (RQAP) vise à soutenir financièrement les nouveaux parents ayant cotisé au régime pour qu'ils puissent mieux concilier leurs responsabilités familiales et professionnelles. Le régime de base pour les femmes qui ont donné naissance (congé de maternité) correspond à des prestations de 70 % du revenu hebdomadaire moyen pour un maximum de 18 semaines.

As soon as I got older, I started to feel sometimes a little bit sad that my child would never have a brother or a sister, or a relative of her generation in the world. [...]. Because neither my brother nor my sister has any kids. It seemed unlikely even that my first cousins would. So, I was starting to feel like my daughter was going to be the only one of her generation. And then, when the older generation die, she'd be kind of on her own, in terms of blood relatives. So, I was looking for a solution whereby I could have a child for another couple who would be friends, and who would allow my daughter and I to continue to have a relationship with the child. (Kate, femme porteuse)

La GPA représente ici un moyen pour nouer des liens familiaux alternatifs, selon une perspective qui s'apparente à la pluriparentalité. Au départ, le but poursuivi par Kate n'est toutefois pas d'être considérée comme la mère de cet enfant ni d'endosser un rôle parental au quotidien, mais bien de créer des relations de parenté qui concernent uniquement les enfants, et non les adultes impliqués dans l'entente.

6.2.4 Transmettre ses gènes et laisser une trace

D'autres tierces veulent aussi transmettre leurs gènes, mais ne le font pas dans l'objectif de créer des liens d'apparentement avec leurs propres enfants, contrairement à Kate. D'ailleurs, ces femmes n'avaient pas d'enfant au moment du projet de procréation assistée. Elles n'envisagent pas non plus de fonder une famille. En ce sens, une donneuse m'a confié qu'elle n'a jamais ressenti le désir pressenti de devenir mère et d'avoir un enfant dans les bras; à l'aube de sa trentaine, son horloge biologique a plutôt provoqué chez elle un besoin irrésistible de faire perdurer sa lignée. Tout comme Emmanuelle, elle souhaite laisser une trace, sans rattacher cette transmission génétique à une quelconque forme de maternité.

Très humblement, j'ai une bonne génétique. Je ne veux pas d'enfants. Je me suis dit que c'était dommage que mes ovules ne servent à rien, alors que je sais que certaines personnes en veulent. Poursuivre ma génétique même si moi, je n'ai pas envie de le faire. C'est simple. (Emmanuelle, donneuse d'ovules)

Soucieuses que leur passage sur la Terre ne soit pas éphémère, le don d'ovules est alors perçu par ces femmes comme un moyen de partager leur patrimoine génétique et leur hérédité. Exprimée par les donneuses d'ovule dont la contribution au projet parental d'autrui est circonscrite à la génétique, cette motivation peut rejoindre également le sentiment de femmes

qui portent un enfant conçu à partir de leurs propres gamètes. C'est le cas de l'une d'elles, Florence, qui a ressenti le besoin de laisser une telle trace.

Je me suis dit tant qu'à donner mon corps pendant neuf mois, aussi bien que ce soit de ma génétique. Au moins, cela va rester. Parce que si tu portes un enfant pendant neuf mois et qu'il n'est pas de toi, un coup qu'il est né, il ne reste plus rien, il ne reste plus rien de toi. C'est fini. Tandis que si c'est ta génétique, bien au moins cela va se perpétuer dans le temps. Surtout que moi, je ne pensais pas avoir d'enfants à cette époque-là. Ce qui fait que c'était une façon de laisser ma trace. (Florence, femme porteuse)

En tant que femme porteuse, Florence souhaitait injecter une partie d'elle-même dans la GPA et la faire perdurer à travers les générations, et non simplement assurer la gestation, une dimension du processus qu'elle considère transitoire.

6.2.5 Transformer la tristesse d'un deuil

L'expérience d'un deuil a été, chez trois participantes, un élément déclencheur les ayant poussées à s'engager dans une démarche de procréation assistée par autrui, ou qui a raffermi selon elles leur résolution à poursuivre le processus. Le don d'ovules ou la GPA représentent une façon de donner un sens à ce deuil, canalisant la souffrance pour mieux la transformer en source de vie.

Mon chum est décédé de mort subite. On ne s'y attendait pas pantoute. Ma mère est décédée dix semaines plus tard. Parmi tous ces deuils-là, moi j'ai eu un genre de processus de deuil de mon utérus. (Sarah, donneuse d'ovules)

Pour Sarah, la mort de son conjoint et de sa mère a été marquante dans sa trajectoire vers le don d'ovules. Les bouleversements entraînés par ces deux deuils successifs l'ont amenée à questionner son existence et ses choix de vie, et à entrevoir le futur. Devenir mère devenait, après la mort de son amoureux, un rêve à enterrer à ses côtés. Dans sa quête de sens, elle a eu besoin de focaliser son chagrin pour en extirper ce qui posait alors un problème à ses yeux. À cet égard, l'art et le don d'ovules ont, chacun à leur manière, contribué à sa guérison.

Comme j'ai mon côté artiste, j'ai fait une série de créations sur l'utérus. J'ai utilisé mon sang menstruel, je mettais des objets de métaux rouillés et tout ça... Quelqu'un qui n'est pas en art peut me trouver *weird* [rires]. Il y avait une connotation thérapeutique dans ma démarche, comme si utiliser mon sang menstruel dans un processus créatif m'aidait à passer à travers mon deuil. Après avoir fait mon don d'ovules, j'ai arrêté de jouer dans mon sang menstruel. Ça venait de régler une affaire. J'avais un besoin de procréer, mais sans la maternité. (Sarah, donneuse d'ovules)

Lors des rencontres avec les femmes, j'amorçais toujours l'entretien en leur demandant de me préciser l'origine de leur histoire de don d'ovules ou de GPA. Les participantes avaient la liberté de commencer leur témoignage où elles le souhaitaient, soulignant au passage les éléments de leur récit les plus pertinents à leurs yeux. Installée dans un fauteuil dans son salon face à moi, Florence entame le sien en se remémorant l'avortement qu'elle a vécu à 16 ans.

Tout cela s'est fait en une semaine. Tu sais, on m'a vraiment poussé, mis de la pression. Le délai était court. Je n'ai pas eu le temps de réfléchir pour de vrai. Bref, je l'ai fait [long silence]. Par après, je me suis questionnée. Sachant qu'il y a tellement d'avortements et de couples infertiles en même temps... ce que j'aurais voulu avec cet enfant-là, c'est choisir ses parents. Le faire adopter, mais une adoption qui me garantit un droit de visite. Mais j'ai bien compris que c'était tout ou rien. Il n'y a pas d'entre-deux au Québec. Tu le donnes et tu ne le revois plus, ou tu le gardes. Ou tu te fais avorter [silence]. C'est là que je me suis dit : « Qu'est-ce que j'aurais à perdre d'être mère-porteuse? » (Florence, femme porteuse)

Ayant été contrainte selon elle à interrompre sa grossesse par les membres de son entourage et son psychiatre, Florence estime que son geste, qu'elle regrette aujourd'hui, ne correspondait pas à sa volonté d'alors. L'expérience du deuil d'un enfant jamais né l'a amené à réfléchir à un moyen de reprendre le contrôle sur son corps et sur son autonomie reproductive. Quelques années plus tard, la gestation pour autrui s'est avérée la solution pour elle à ce moment-là, en réponse à ce besoin bien précis.

Dans le cas d'Amélie, l'annonce de la mort par suicide d'un ami qui l'avait conseillé d'aller de l'avant dans le projet a raffermi sa résolution à offrir ses ovules. Le souvenir de cet être cher et l'enthousiasme de ce dernier face au don d'ovules lui ont procuré la certitude d'avoir pris la bonne décision. En donnant un ovule, elle pouvait ainsi aider à créer la vie, comblant en quelque sorte le vide entraîné par le décès de son ami.

J'ai appris que mon ami s'était suicidé. J'ai appris ça au téléphone le matin, avant d'aller à la clinique. Le sens que j'ai pu donner à ce don-là avant que ça se passe et après n'était plus le même du tout. Je ne pouvais pas m'empêcher de mettre ces deux événements-là en parallèle. Je peux les distinguer, bien sûr, mais ils sont devenus liés. [...] J'avais besoin, quand c'est arrivé, de...pas d'avoir une réponse par rapport au décès de mon ami, mais j'avais besoin de ne pas voir ça juste comme un gros gâchis. Sur le coup, j'avais besoin de me rassurer. C'est comme si, à cause de son décès, je voulais encore plus que ça marche. (Amélie, donneuse, d'ovule)

Le sentiment de perte est ce qui réunit ces femmes. L'irruption de la mort ayant été vaine et incontrôlable selon elles dans leur vie, leur implication dans le projet parental d'autrui permet de transformer la tristesse de leur deuil en quelque chose de lumineux, utile et vivifiant. À leurs yeux, la création de la vie par enfantement contrebalance ainsi la disparition d'êtres chers ou l'interruption d'une grossesse.

6.2.6 Obtenir un montant d'argent ou une compensation financière

Sujet tabou s'il en est, la question monétaire entourant la GPA et le don d'ovules soulève les passions chez la population en général. Les femmes que j'ai rencontrées n'y font pas exception, étant directement interpellées par le débat. Bien conscientes de la polarisation des points de vue et des jugements qui s'y rattachent, elles sont soucieuses de se protéger pour éviter que leurs expériences soient dénaturées, déconnectées du contexte ou retenues contre elles. En ce sens, établir un climat de confiance lors de l'entrevue s'est avéré essentiel pour que mes participantes soient à l'aise de partager leur vécu, sans qu'elles se sentent jugées. Cela étant dit, la recherche d'une rétribution est une réalité, certes, mais qui demeure néanmoins rare chez les femmes que j'ai rencontrées. Une seule l'a mentionnée explicitement et en toute franchise comme étant sa motivation première :

J'avais besoin d'argent. Je me suis dit : « *let's go*, je vais chercher ». J'ai regardé sur Internet, et j'ai tout de suite trouvé une personne qui cherchait une donneuse d'ovules. C'était vraiment simple, j'étais curieuse, mais aussi ça correspondait à un besoin : avoir des sous. C'était monétaire. Je voulais rendre service, mais il fallait que ça me rende service aussi. C'était un peu comme du donnant-donnant. (Maxine, donneuse d'ovules)

Cela ne signifie pas que les considérations financières ne font pas partie des préoccupations des tierces, au contraire; elles font souvent même partie intégrante de leurs expériences. Les conditions matérielles dans lesquelles s'exercent la GPA et le don d'ovules sont importantes, puisqu'elles ont un impact direct sur leur qualité de vie, ainsi que celle des membres de leur famille. Or, la question monétaire vient selon elles avilir le geste aux yeux des autres, ce qui les place irrémédiablement dans une posture défensive.

Pour ma première [gestation pour autrui], le montant qu'on avait convenu dès le début...et bien, je suis arrivée dans le trou. Pour celle-ci, j'ai augmenté les demandes de remboursement. Je suis dans la moyenne canadienne, voire même en bas. Mais je ne ressors pas pantoute riche de cela. Ce n'est pas vrai! (Anne, femme porteuse)

Je n'aime pas dire : « Mes dépenses sont remboursées » et que, dès qu'on apprend qu'elles ont été remboursées pour 18 000\$, les gens disent : « Tu l'as fait pour le *cash* ». Je ne l'ai pas fait pour le *cash*, mais je ne l'aurais pas fait complètement gratuitement non plus. Parce que j'encours des dépenses, et ça représente beaucoup de sacrifices dans ma vie. Ce n'est pas à moi et à ma famille d'assumer les coûts de ce projet-là, et encore moins de nous appauvrir pour le concrétiser. (Claudine, femme porteuse)

Comme l'expliquent Claudine et Kate, les risques qu'impliquent la grossesse pour autrui et le don d'ovules doivent être pris en considération. Une compensation vient alors, non pas payer pour l'achat d'une vie humaine, mais bien assurer une sécurité financière pour les femmes, en réponse aux risques et aux inconvénients qu'elles assument tout au long du processus.

I can see this discomfort...anytime money is associated with a human life, that makes people uncomfortable. But I don't see paying a surrogate as purchasing a human life. I see it as remunerating her for the risks and the inconveniences that she takes on. I really think it's up to a woman to decide if this is something that works for her. Then, she has the right to make that decision. (Kate, femme porteuse)

Au-delà des prises de position idéologiques concernant la rémunération et de la stigmatisation qui en découle, les tierces reproductrices assument selon elles un fardeau économique certain, puisque les dépenses associées au projet ne se limitent pas uniquement au moment de la grossesse ou de la ponction ovarienne, mais englobe une panoplie d'autres frais, dont la perte de salaire et, dans certains cas, un retard pour les cotisations à leur régime de retraite pendant le congé de maternité. Certes, les tierces veulent aider un couple à devenir parent, mais elles ne sont pas nécessairement prêtes à s'appauvrir pour le faire.

6.2.7 Satisfaire une curiosité et vivre une nouvelle expérience

Enfin, plusieurs tierces sont à la recherche d'une expérience nouvelle leur permettant de satisfaire une curiosité, construire de nouveaux modèles ou sortir de leur zone de confort. Considérant le caractère marginal et l'intensité d'un processus d'enfantement à l'aide de tierces, ces dernières y trouvent alors leur compte en participant au projet parental d'autrui.

Il y a une dimension d'expérimentation, dans tout ça. Dans le sens que je n'ai pas de récit de ce que c'est un don d'ovules. Je ne connais personne qui est né d'une union comme ça. Pour moi, c'était aussi un peu intrigant de savoir comment ça se passe. Il y a quelque chose de l'ordre de la curiosité. (Amélie, donneuse d'ovules)

C'est d'ailleurs les particularités de l'enfantement à plusieurs, notamment la dimension processuelle et l'aspect relationnel, qui attirent les femmes susceptibles de s'y engager. Objet de fascination, la démarche comporte son lot de surprises et de découvertes, mais aussi de rencontres et de questionnements.

C'était une fascination face à la technologie, je dirais. Tu prends les ovules d'une femme, tu fais un embryon et tu le mets dans l'utérus d'une autre femme. Je peux porter un bébé qui n'est pas mon bébé! C'est extraordinaire, mais en même temps, très bizarre. [...] C'est définitivement une aventure, *a journey*, comme elles disent [les responsables de l'agence et les autres femmes porteuses]. (Anne, femme porteuse)

Certaines femmes, particulièrement les anglophones et celles impliquées dans les agences spécialisées comme Anne et Geneviève, utilisent l'image du « voyage » (*journey*) pour qualifier le processus. Conjointe d'un militaire canadien, cette dernière a vécu deux projets de GPA dans deux provinces différentes, au gré des affectations de son mari. Questionnée à propos de la représentation des femmes de militaires dans l'univers de la GPA discutée dans certaines recherches sur le sujet, elle m'explique sa vision de la GPA à partir de son point de vue situé :

C'est qu'en tant que femme de militaire, tu te fais bouger tout le temps d'un côté à l'autre. Tu ne peux jamais vraiment garder un travail longtemps. N'essaie pas, ça ne marche juste pas. Le maximum que tu vas avoir, c'est deux à quatre ans, et encore là, c'est quand tu es bien chanceuse. On est habituées à se faire mettre dans des situations où il y a beaucoup d'imprévu et de *challenges*, où il faut s'adapter à tout rapidement. Je pense que c'est une grosse qualité pour être mère porteuse, parce que tu es prête, justement, à faire face à n'importe quoi. (Geneviève, femme porteuse)

Dans le même souffle, elle prend le temps de préciser que la situation des femmes aux États-Unis est très différente que celle observée au Canada. Selon elle, la situation économique dans l'armée distingue l'expérience des femmes :

Aux États-Unis, par contre, l'armée n'est pas bien payée du tout. Ils sont extrêmement sous-payés. Les *surrogates* là-bas se font de l'argent. C'est pour compenser le faible salaire de leur mari. [...] Il y a beaucoup de pauvreté aux États-Unis, c'est souvent ces femmes-là qui deviennent des mères porteuses. Pour elles, c'est un *extra income*. (Geneviève, femme porteuse)

Pour certaines tierces reproductrices, l'implication dans le projet parental d'autrui est un défi lancé à soi-même, une manière de se surpasser, voire vivre un arrangement aux marges de l'institution familiale. L'expérimentation de la GPA et du don d'ovules « de l'intérieur » est une source d'apprentissages. Ce saut dans l'inconnu requiert un courage et une audace dont elles sont fières, de même que des qualités personnelles leur permettant de surmonter les difficultés.

6.3 Des trajectoires ancrées dans des représentations de la maternité

Relever les motifs qui poussent les femmes à s'engager dans un processus d'enfantement permet de constater la pluralité de leurs trajectoires. Or, cela nous renseigne peu sur les raisons qui font en sorte qu'une femme porteuse accepte par exemple de porter un enfant pour autrui, mais refuse catégoriquement de donner ses ovules. L'inverse est aussi vrai. Pourtant, cette décision initiale chez les tierces est cruciale pour être en mesure de bien saisir leurs expériences et de les restituer dans un contexte plus global.

Afin de brosser un portrait plus complet du prélude au processus d'enfantement, je propose une analyse comparative des discours des femmes à propos de la maternité. À la question pourtant très large « qu'est-ce qu'une mère? », les participantes y vont d'une réponse très précise pour expliquer *qui* est « la » mère dans la triade d'engendrement, précisant au passage si elles peuvent ou non prétendre au titre. Les données recueillies à la fois sur leurs motivations et sur leurs représentations de la maternité s'avèrent ainsi précieuses pour mieux comprendre la construction de leur rapport à la maternité, puisqu'elles mettent en lumière

l'ancrage des représentations dans l'une ou l'autre des trois composantes des maternités assistées.

6.3.1 Le projet parental comme pilier des maternités assistées

Le projet parental formulé par le parent ou le couple d'intention représente la pierre angulaire de l'ensemble du processus d'enfantement; sans lui, point de procréation assistée par autrui. Ce constat est le seul qui fait l'unanimité et rallie l'ensemble des participantes au regard de toutes les dimensions abordées en entrevue. La formulation du projet parental est souvent imagée dans le discours des participantes par le « cœur maternel ».

C'est ma fille. Je l'ai désirée, je l'ai voulue. Elle était déjà dans mon cœur depuis longtemps. Je m'en fous de la génétique. *Anyway*, je ne pourrais pas l'aimer plus, même si c'était mon ovule. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Outre l'amour d'une mère envers son enfant, les femmes font aussi référence au lien d'attachement et à l'engagement quotidien pour décrire la composante intentionnelle des maternités assistées. La mère, ici, est celle qui prend soin, cajole et éduque un enfant. Il s'agit d'une conception de la maternité axée sur la parentalité, ce que la langue anglaise distingue à l'aide de deux mots (*motherhood* et *mothering*), comparativement à la langue française qui en a qu'un seul dans l'usage courant. Pour Jennifer et Katerine, la maternité s'incarne donc en actes, ce qui va au-delà des termes d'adresse ou de l'accouchement comme marqueurs identitaires.

Mother is a verb. It's not a title. To mother someone, is to teach, to guide, to lead, to hold, to caress, to support. So, I might not be their mother, but I mothered them. Le titre maman, pour moi, c'est juste une façon pour les bébés de comprendre qui sont leurs parents. (Jennifer, mère d'intention par GPA)

The true notion of motherhood is the emotional commitment and attachment, I would say. So I can pop-out a baby and just walk away. Yes, I'm a mother, I gave birth to a creature. But that's not quite it, that's not the full idea of a mother. A mother is somebody who's there, who takes care of the offspring, and who loves the offspring. (Katerine, donneuse d'ovules)

Pour les femmes concernées, la maternité est créatrice de liens sociaux et de solidarités. S'occuper et prendre soin d'un enfant s'accompagnent de responsabilités et de prises de décision quant à son éducation, ce qui implique un engagement relationnel auprès de l'enfant et une implication au sein de la communauté. Selon cette logique, les tierces reproductrices ne sont pas des mères, puisqu'elles ne participent pas activement à son développement et à sa prise en charge sur une base quotidienne.

C'est plus social, pour moi, la maternité. C'est un lien que tu as direct avec l'enfant. Parce qu'il y a aussi la notion d'engagement : « C'est moi qui vais changer ta couche pour la prochaine année, c'est moi qui vais décider à quelle école tu vas aller pour les premières années de ta vie, c'est moi qui vais aller rencontrer le directeur si tu as fait des bêtises, c'est moi qui vais organiser tes anniversaires... ». C'est ça aussi pour moi, être un parent : avoir des responsabilités qu'une autre personne significative dans l'entourage de l'enfant n'a pas. Dans ce sens-là, donner un ovule, pour moi, ça n'a rien à voir avec la maternité. (Maxine, donneuse d'ovules)

Pour exemplifier leur propos sur la composition intentionnelle comme base des maternités assistées, plusieurs femmes font le parallèle avec la maternité lesbienne et l'adoption, soit des formes familiales au sein desquelles au moins un parent n'est pas lié biologiquement à son enfant, mais est tout de même reconnu comme tel par l'enfant et l'entourage.

J'ai eu ma fille avec une femme qui est une mère extraordinaire. Même si elles n'ont pas de lien génétique, ma fille a des mimiques pareilles comme elle. Le monde ne sait même pas qui l'a portée tellement elles ont un côté ressemblant. Bref, je pense que la génétique, ça n'a aucune importance. (Marilyne, femme porteuse)

J'ai plusieurs de mes amis qui ont adopté. J'ai une amie très proche qui est famille d'accueil, et elle adopte souvent les enfants qu'elle accueille. De voir l'amour qu'elle a pour ses filles et ses fils adoptifs, versus ses « vrais » enfants, il n'y a aucune différence. (Virginie, femme porteuse)

En accolant les responsabilités parentales à la composante intentionnelle de la maternité, la prise en charge de l'éducation des enfants est dès lors une prérogative qui relève exclusivement des mères d'intention. Conséquemment, les tierces ne peuvent y interférer sous peine de compromettre la stabilité de leur relation avec elles.

6.3.2 Le souci de « ne pas faire trop » de maternité

Si l'intention est le pilier des maternités assistées, quelle place occupent alors la génétique et la gestation dans le discours des femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules? Cette place n'est certainement pas figée, puisque, dans le discours des mères d'intention, l'importance attribuée au lien génétique ou à la grossesse est mouvante. Tour à tour, les composantes intentionnelle, génétique et gestationnelle sont mises en concurrence, fortement investies ou, au contraire, minimisées.

La première donneuse disait toujours : « Tu sais, mes ovules, ils seraient passés dans la serviette sanitaire de toute façon. Je n'étais pas attachée à ces ovules-là. Ça s'arrête là ma contribution. Le reste, la grossesse, les inquiétudes, prendre soin de ta santé, les nausées et les brûlements d'estomac, ce n'est pas moi qui les vis. Bref, c'est toi la mère ». (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Le discours des femmes s'adapte et se modifie selon le scénario procréatif et la configuration des composantes de la maternité en présence. Une mère d'intention infertile comme Sylvie ayant eu recours à un don d'ovules pour porter elle-même son enfant est susceptible de valoriser la grossesse comme marqueur de l'identité maternelle, minimisant du même coup l'apport de la donneuse. Une femme qui porte un fœtus conçu à partir des gamètes d'un couple tend à réduire l'importance de sa connexion utérine avec l'enfant, soulignant au passage la prépondérance du lien génétique qui unit ce dernier avec les parents d'intention.

Cette même logique est reprise par les mères ayant fourni leurs gamètes dans le cadre d'une GPA gestationnelle, confortant ainsi leur légitimité maternelle malgré l'absence de filiation légale avec l'enfant à sa naissance. En corollaire, la GPA génétique jette une ombre menaçante aux yeux de plusieurs mères d'intention, puisque ce type d'arrangement fait pencher la balance en faveur de la femme porteuse qui combine la gestation et la génétique, en plus d'être reconnue la mère légale dès l'accouchement.

Je me serais senti moins la mère de l'enfant. Je ne me serais pas sentie comme une maman...mais plus comme une belle-mère, je crois [petit rire]. Je me serais ajoutée au duo, tu comprends? Tandis que là, le lien est clair. Si ça avait été une mère porteuse, une donneuse d'ovules et moi, la relation aurait au moins été égalitaire entre les trois. (Judith, mère d'intention par GPA)

Ces exemples dénotent de la variabilité des logiques discursives menant à la revendication ou non d'un statut de mère. Chez les tierces, toutefois, une préoccupation demeure : « ne pas faire trop » de maternité, ce qui sous-tend un danger d'incorporer les deux composantes complémentaires à l'intention. Si la grossesse « fait » la mère selon les donneuses d'ovule et que la génétique crée un lien maternel pour les femmes porteuses, elles ne sont pas des mères, puisqu'elles n'en possèdent pas les propriétés. Dans les sections suivantes, je propose d'explorer cette dichotomie dans le discours des tierces.

6.3.2.1 Lorsque la gestation « fait » la mère

Les donneuses d'ovules qui ont elles-mêmes des enfants réfèrent souvent à leur expérience personnelle pour souligner le lien utérin qui se crée avec l'enfant pendant la grossesse. Porter un enfant, même s'il n'est pas issu de son propre ovule, fait en sorte de créer un lien d'attachement digne d'une mère. Pour Véronique, il s'agit même d'une forme d'instinct maternel :

Porter un enfant... c'est dur. Accoucher, et après ça voir partir ton enfant... *oh my god*. Ce n'est pas ton enfant, là, mais... c'est dur à dire. Tu le portes. Ton corps change. Et il y a des hormones, là-dedans, qui font que... je suis sûre que c'est comme les animaux : ils le sentent, quand ils accouchent, que c'est leur enfant, c'est instinctif. D'après moi, c'est dur de se couper et de dire : « non, ce n'est pas à moi ». (Véronique, donneuse d'ovules)

Le discours des femmes qui n'ont jamais porté un enfant n'est pas différent de celui des femmes multipares, comme le suggère le récit de Sarah. La proximité entre le fœtus et la femme qui le porte pendant neuf mois et l'acte de donner naissance « fabrique » de la maternité, selon elle.

Écoute, je ne pourrais JAMAIS être une mère porteuse. Même si ce n'était pas mes ovules, je m'en fous! J'aurais passé neuf mois en proximité avec un être dans mon ventre. Il va sortir par mon vagin. Je veux dire... c'est mon enfant! Je vais avoir vécu une proximité incroyable. Jamais je ne serais capable de faire ça. (Sarah, donneuse d'ovules)

La conception de la grossesse et l'accouchement comme manifestations maternelles entre toutefois en contradiction avec la croyance partagée par toutes voulant que l'intention soit le socle unique de la maternité. Si, d'un point de vue argumentatif, les tierces désignent les

femmes qui ont formulé le projet parental comme seules prétendantes au statut de mère et l'affirment avec une conviction forte, cette dernière vacille lorsqu'elles se projettent dans le rôle de femme porteuse.

Être mère porteuse, ça, je n'aurais jamais accepté. Parce que tu le sens à l'intérieur de toi. De toute façon, la grossesse ne m'attire pas. C'est mon corps, ce n'est pas mes bébés. [...] Je pense aussi que je ne me faisais pas confiance. J'avais trop peur que là, il y ait un lien maternel. Mais si je veux être cohérente dans mes réponses : non, la grossesse ne fait pas la mère... ça fait que je ne suis aucunement conséquente dans mes deux réponses [rires]. (Anaïs, donneuse d'ovules)

L'apparente incohérence dans les réponses d'Anaïs met en lumière la puissance symbolique du ventre dans les représentations occidentales de la maternité; une emprise qu'on décèle même dans le discours de femmes qui, par leur implication dans la triade d'enfantement, en déstabilise pourtant le monopole.

6.3.2.2 Lorsque la génétique « fait » la mère

De manière analogue, les femmes porteuses affirment ne pas être disposées à donner leurs ovules, puisqu'elles auraient l'impression de donner une part d'elles-mêmes et de se départir d'une parcelle de maternité. À leurs yeux, c'est la génétique qui « fait » la mère. Le cas échéant, elles considèreraient l'enfant né d'un tel don comme le leur, étant donné le lien génétique qui les unirait et qu'elles ne pourraient pas désavouer. Pour ces femmes, l'hérédité, notamment les traits physiques, tisse inmanquablement des liens d'apparentement.

Faire un don d'ovules, jamais je n'aurais pu faire ça. Parce que c'est mon enfant biologiquement, c'est un petit morceau de moi, c'est ma génétique. C'est un enfant qui ressemblerait à mes filles, qui me ressemblerait, qui ressemblerait à ma sœur. Ce serait un petit bout de moi que je ne voudrais pas que quelqu'un d'autre élève. On dirait que ce serait comme une trahison que j'aurais faite à mon enfant. Je respecte beaucoup les femmes qui font un don d'ovules, mais moi, non, j'aurais été incapable de prendre cette décision-là. (Claudine, femme porteuse)

Participer au projet parental d'autrui implique un « don de soi », pour reprendre les mots de Jacinthe. Si certaines personnes estiment que porter un enfant pour le remettre à un couple représente un plus grand don que celui d'offrir ces ovules en termes d'implication personnelle,

les femmes porteuses ne sont pas toutes du même avis. Pour certaines, le fait d'avoir une descendance dont on ignore tout est impensable. Un tel scénario, bien qu'intangible et inoffensif en apparences, comporterait pour elles des inquiétudes bien concrètes qui compromettrait certainement leur tranquillité d'esprit.

Je trouve qu'un don d'ovules, c'est bien plus un don de soi que de porter un enfant. Je ne serais pas capable de vivre avec toujours en arrière-plan dans ma tête que j'ai biologiquement un enfant de moi quelque part et que je n'ai aucune idée de ce qui se passe. Je ne pourrais pas. Je ne sais pas pourquoi. (Jacinthe, femme porteuse)

Dans le même ordre d'idées, la gestation pour autrui dite « gestationnelle » est le seul type de GPA considéré par les femmes porteuses qui adhèrent à une certaine conception de la maternité basée sur la génétique. Pour ces femmes, porter un enfant conçu avec son propre ovule pour le remettre aux parents d'intention équivaldrait à une forme d'abandon.

Porter un bébé qui a mon ADN, pour moi ça aurait été d'abandonner mon bébé. [...] Je suis certaine à 100 % que je ne pourrais pas faire le détachement. J'aurais l'impression que c'est une partie de moi que je renie, que je donne. (Virginie, femme porteuse)

Le refus de la GPA génétique peut aussi être motivé par le souci de ne pas briser une fratrie. C'est entre autres le sentiment d'Andréane, qui ne lie pas son malaise par rapport à elle-même, mais appréhende les implications que cette circulation d'enfant pourrait avoir sur ses propres enfants.

Je pense que c'est vraiment du côté de mes enfants que ça me bogue. J'aurais plus l'impression de donner le demi-frère ou la demi-sœur de mes enfants. Il y aurait quelque chose de moi dans cet enfant-là, comparativement à un transfert d'embryon, où est-ce qu'il n'a aucunement mon ADN. (Andréane, femme porteuse)

Enfin, toutes les femmes porteuses ayant choisi la GPA gestationnelle font mention de la « saine distance » à l'égard du fœtus que ce type d'arrangement leur procure. En assurant sa gestation sans toutefois en être la génitrice, elles sont en mesure de créer un espace émotionnel leur permettant d'inhiber le sentiment de filiation qui pourrait potentiellement surgir envers l'enfant qu'elles ont porté.

Il y a quelque chose de – je vais le nommer comme ça – de « sain » dans la distance émotionnelle que je suis capable d’avoir avec ce bébé-là, sachant qu’il a juste mon ventre comme domicile et qu’il n’a rien d’autre de moi. C’est beaucoup plus facile pour moi de dire : « c’est *leur* bébé », et de faire vraiment une distinction nette. (Élise, femme porteuse)

En somme, les donneuses d’ovules et les femmes porteuses confortent leur position dans la triade d’engendrement selon un double mouvement. D’abord, elles s’engagent dans le processus en reconnaissant la primauté du projet parental formulé par la mère d’intention comme marqueur de la maternité. Ensuite, elles s’approprient l’une des deux composantes complémentaires (génétique ou gestation) en l’ancrant dans leur conception de ce qui « fait » et « ne fait pas » la mère.

Dans leurs discours, la distinction est nette et sans ambiguïté, comme le montre le refus de la GPA génétique chez les femmes porteuses. Dans ce contexte, comment peut-on faire sens de l’expérience des femmes qui porte un enfant en conçu à partir de leurs propres ovules, considérant qu’elle met à l’épreuve les logiques discursives déployées par les autres pour rejeter le statut de mère?

6.3.3 De la radicalité de la GPA génétique

En réunissant les composantes génétiques et gestationnelles de la maternité, les femmes porteuses impliquées dans une entente de GPA génétique mobilisent plusieurs éléments qui interpellent, voire dérangent les mères d’intention et les autres tierces, particulièrement la question du lien d’attachement et les normes familiales. En effet, selon la vision de ces dernières, la GPA génétique « ferait trop » de maternité, brouillant le découpage tripartite de l’enfantement lorsque trois femmes sont impliquées, ou déséquilibrant le rapport entre la mère d’intention et la tierce reproductrice aux dépens de la première.

Malgré ces réserves, deux éléments concourent à ce que des femmes choisissent tout de même la GPA génétique. Premièrement, les femmes concernées endossent une posture radicale face à l’enfantement à plusieurs, accolant le statut de mère uniquement à celle qui a formulé le projet parental de départ. « Ce n’est pas la génétique ni la grossesse qui fait la mère », résume

Zoé, précisant du même souffle qu'elle ne peut – et ne veut pas – prétendre à ce titre en tant que femme porteuse, même si l'enfant est issu de ces propres gamètes. La radicalité de ce point de vue doit être comprise ici comme une volonté de reconnaître la primauté fondamentale de l'intention dans les maternités assistées, faisant fi des autres considérations liées au lien utérin ou à l'attachement émotionnel, par exemple. La présence d'un rapport relationnel préexistant entre la femme porteuse et les parents d'intention ne semble pas non plus influencé ce choix, puisque trois des cinq femmes porteuses ayant vécu une GPA génétique ne connaissaient pas le couple avant le début du processus.

Ayant vécu l'expérience à deux reprises pour des couples contactés par le biais des réseaux socionumériques, Anne précise à ce sujet qu'elle ne s'est jamais projetée comme la mère des enfants :

Ce ne sont pas mes bébés, pas mon projet. Je ne suis jamais partie de l'idée que je veux les avoir. Même quand tu as une grossesse naturelle non planifiée, ce qui n'a pas été mon cas, durant la grossesse, tu te mets en « mode maman ». Tu sais que tu vas garder le bébé. Tu prépares son arrivée. Tout ça fait partie du lien d'attachement dans ma tête. Quand tu magasines un petit pyjama, tu vois le bébé dedans, tu te projettes. Je pense que toute cette préparation-là durant une grossesse va venir beaucoup jouer avec le lien d'attachement que tu as avec l'enfant. (Anne, femme porteuse)

Cette façon de concevoir sa place dans le projet de GPA ne signifie pas que ces femmes sont dénuées d'émotions ou souhaitent absolument créer une scission entre elles et le fœtus. Au contraire, elles sont d'avis que les femmes porteuses vivent toutes une forme d'attachement envers l'enfant qu'elles portent, mais que la nature de cet attachement diffère résolument de celui d'une mère. Toujours selon Anne, cela se rapproche davantage de la sollicitude que peut ressentir une gardienne ou une éducatrice envers les enfants qu'elle côtoie sur une base quotidienne. Elle ajoute :

Que tu portes un enfant pour quelqu'un d'autre, qu'il soit génétiquement le tien ou pas, quand tu es prête dans ta tête, ça ne fait pas de différence. Je savais que l'attachement serait le même. Moi j'ai toujours dit « Je suis sûre que je vais m'attacher à l'enfant ». Mais je vais m'attacher d'une façon différente, comme une gardienne qui l'a eu dans son ventre un certain temps. (Anne, femme porteuse)

Deuxièmement, les femmes souhaitent éviter de s'astreindre à un protocole médical d'aide à la procréation, qu'elles considèrent facultatif, trop dispendieux pour les couples d'intention ou nocif pour leur santé. Elles mettent alors à distance les milieux cliniques et leur lourdeur administrative, au profit d'une entente en contexte privé par insémination artisanale.

Éthiquement parlant, les cliniques et les agences trouvent cela trop difficile de prendre les ovules de la même fille, pour l'attachement, et tout ça. En bout de ligne, cela aurait coûté une fortune pour quelque chose que l'on peut facilement faire sans eux. Ce qui fait qu'on a conçu l'enfant à la seringue. (Florence, femme porteuse)

My friends wanted to keep things as simple as possible. They weren't interested in going through this whole medical process. They were happy to go with a much more natural, organic approach. (Kate, femme porteuse)

En somme, la GPA génétique comporte une dimension subversive, puisqu'elle déroge au discours dominant sur la grossesse pour autrui porté à la fois par les couples d'intention et les femmes porteuses, mais aussi par les intermédiaires qui refusent d'inclure les ententes de GPA génétique dans leurs procédures et leur offre de services. Ce choix repose sur deux considérations, soit le projet parental comme pilier du processus d'enfantement et la mise à distance de l'aide médicale à la procréation.

6.4 Résumé du chapitre

Documenter les expériences des mères d'intention confrontées à la stérilité ou à l'infertilité permet de constater l'enchaînement des événements qui jalonnent leurs trajectoires les menant jusqu'à la gestation pour autrui ou le don d'ovules. Face aux pressions sociales qui jaugent femmes à l'aune de leur capacité à enfanter, la conception non advenue instille chez les femmes concernées un sentiment d'échec et d'inadéquation. Fonder une famille ou avoir un nouvel enfant représente une quête dont elles assument les tenants et aboutissements, ce qui exacerbe leur charge mentale et fragilise bien souvent leur couple. Au regard des moyens explorés au fil de leurs trajectoires, il appert que les femmes souhaitent d'abord et avant contribuer le plus possible au processus d'enfantement, reléguant au second plan l'importance du lien biogénétique au profit de la prédominance du projet parental.

La pluralité des points d'entrée dans le processus d'enfantement des tierces reproductrices montre que leurs expériences sont variées, rendant caduques les tentatives d'en ériger un récit unique et homogène. L'inventaire de leurs motifs à participer au projet parental d'autrui offre un portrait nuancé, où s'entremêlent les besoins d'autrui, leurs intérêts personnels et leurs aspirations. Leurs représentations de la maternité orientent par ailleurs leurs trajectoires; l'importance accordée soit à la grossesse ou à la génétique vient influencer leur décision de s'engager dans le processus en tant que donneuse d'ovules ou femme porteuse. Entre ces deux pôles se faufile une troisième voie incarnée par la GPA génétique, laquelle déroge aux normes familiales et de genre en remettant en question de façon radicale le présupposé de l'attachement par le lien utérin.

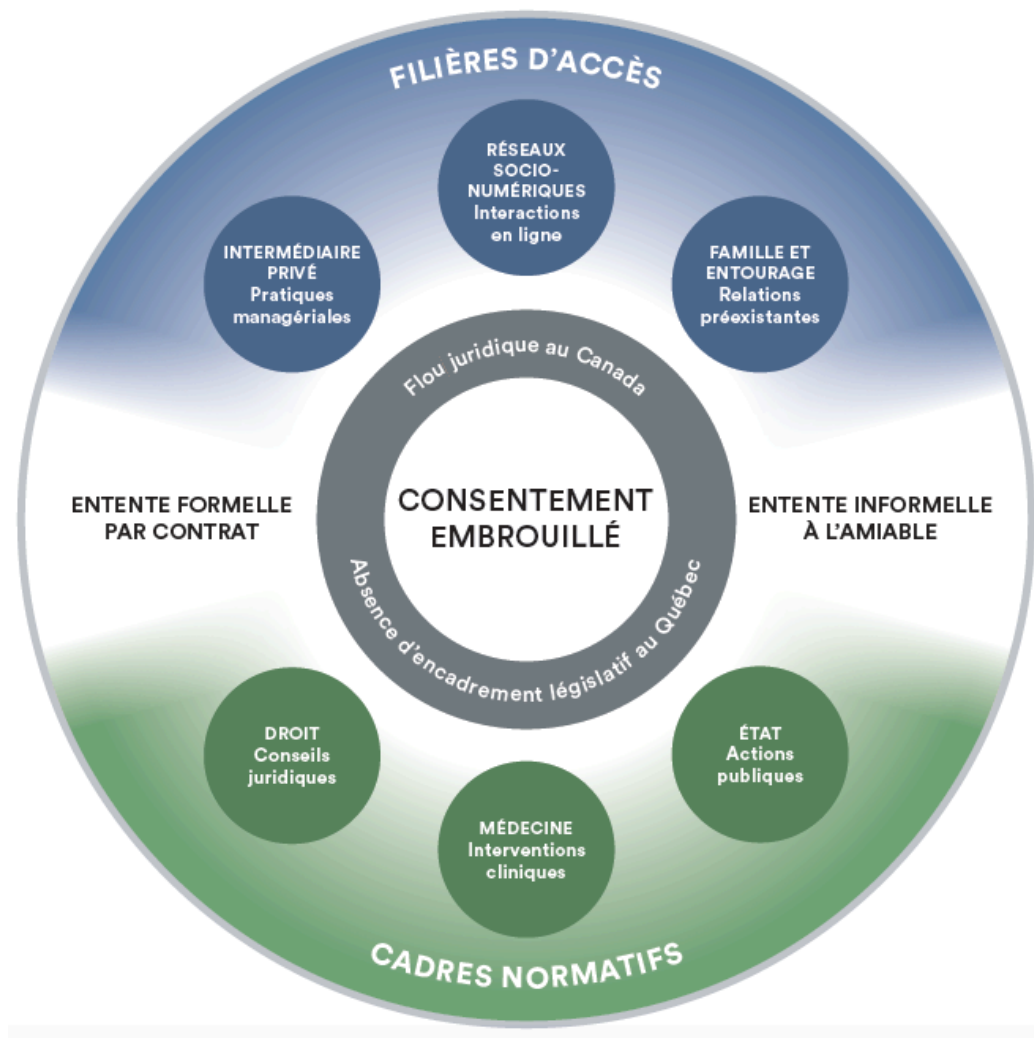
Chapitre VII. Un processus sous influences

Négocier une entente de procréation assistée par autrui

La négociation en tant que moment charnière du processus d'enfantement est révélatrice de normativités générées au sein des différents espaces dans lesquels naviguent les personnes impliquées. Observer et analyser ce qui s'y trame permet de constater que plusieurs marqueurs d'influence s'immiscent en effet dans le processus. Que le projet prenne forme au sein de la famille ou de l'entourage, ou qu'il se bâtisse entre personnes jusqu'alors inconnues par l'entremise d'une agence privée ou d'une communauté en ligne, ces contextes d'action renferment des normes, explicites ou implicites, de même que des règles de conduite plus ou moins formalisées qui en régulent les paramètres.

Dans ce chapitre consacré au deuxième mouvement (*négociation*) de la médiation procréative, je présente d'abord les trois filières d'accès que peuvent emprunter les personnes susceptibles de s'engager dans un projet de procréation assistée à l'aide d'une tierce, ainsi que les motifs qui président à leur sélection. J'identifie ensuite trois cadres normatifs, soit le droit, la médecine reproductive et l'État, qui régulent chacun à leur manière le processus d'enfantement et structurent l'accès aux maternités assistées. Ces éléments de contexte me permettent par la suite de circonscrire l'apport relationnel de la négociation entre les parties et de problématiser la notion de consentement. La figure suivante illustre cette séquence du processus d'enfantement.

Figure 6. La négociation de l'entente de procréation assistée par autrui



7.1 Choisir une filière d'accès

Portes d'entrée dans le processus d'enfantement par tierces reproductrices, les filières d'accès s'inscrivent dans le prolongement des trajectoires et des motivations des femmes présentées dans le chapitre précédent. Négocier une entente de GPA ou de don d'ovules avec sa belle-sœur ou sa meilleure amie n'a pas la même charge émotionnelle qu'avec une internautes contactée sur un groupe Facebook. Les enjeux relationnels se posent différemment, de même que leurs répercussions sur les prochaines séquences du processus.

Plusieurs éléments sont considérés et font peser la balance pour l'une ou l'autre de ces filières : la présence ou non d'une femme susceptible de porter un enfant ou de donner ses ovules ou, à l'inverse, celle d'un couple d'intention dans son entourage, le niveau de proximité désiré, les moyens financiers dont disposent les parents d'intention, le lieu de résidence et les besoins quant au niveau d'encadrement et de contrôle sur le processus.

7.1.1 S'impliquer au sein de la famille ou de l'entourage

La première filière implique une relation préexistante au processus d'enfantement. Les parents d'intention et la tierce se connaissent déjà et partagent un vécu commun, que ce soit un lien familial en tant que sœur ou belle-sœur par exemple, ou un lien entre amies ou collègues de travail. Le désir d'enfant du couple, et leurs difficultés rencontrées pour le concrétiser sont connus de la part de la femme porteuse ou de la donneuse d'ovules pressentie.

Sensible à leur détresse, c'est d'ailleurs la tierce qui propose au couple de porter leur enfant ou d'offrir ses gamètes en vue d'une fécondation in vitro. L'inverse arrive rarement, puisque cela impliquerait de demander « quelque chose qui ne se demande pas », selon certaines mères d'intention ayant songé pendant un bref instant solliciter une femme de leur entourage, avant d'y renoncer. Comme l'explique Rachel, la « pression familiale » fait en sorte que ses cousines auraient pu être tentées d'accepter de le faire par devoir, et non par désir réel de leur part.

Je n'aurais pas demandé à moins qu'elles me l'offrent, que quelqu'une me dise : « Je sais que tu as des problèmes et moi, je suis prête à faire ça pour t'aider ». Dans la famille...je ne veux pas qu'elles se sentent obligées. Sinon, elles ne feraient peut-être pas ça pour les bonnes raisons, et ça créerait un inconfort. (Rachel, mère d'intention par GPA)

Un tel engagement familial peut effectivement engendrer une certaine pression. Cela ne signifie pas que la motivation de départ – aider un membre de sa famille à fonder une famille – soit pervertie, mais, comme l'explique Anaïs, le sentiment de loyauté peut ajouter un poids supplémentaire sur les épaules de la tierce.

Si son rêve est d'avoir des enfants et fonder une famille avec son chum, bien je suis la seule personne qui peut l'aider à le réaliser. Ils avaient tâté le terrain avec une des sœurs de [prénom du conjoint de son frère], et pour elle, c'était définitivement non. Je sentais que j'avais un peu de pression. Mais fondamentalement, je voulais le faire. Ça me faisait plaisir. (Anaïs, donneuse d'ovules)

Bâtir un arrangement procréatif au sein de la famille peut aussi provoquer des tensions, lorsque l'ensemble des personnes impliquées de près ou de loin ne sont pas d'accord ou ne partagent pas la même vision des choses. La décision de l'une engage nécessairement les autres membres de la famille, parfois contre leur gré. C'est ce que relate Élisabeth, une mère d'intention dont la belle-sœur s'est proposée pour porter son enfant sans en avoir préalablement discuté avec son conjoint, mettant ce dernier au pied du mur.

Ma belle-sœur m'a dit : « Je vais le faire, ça fait six mois que j'y pense ». Ah ouin?! On n'en avait jamais parlé. La face de mon frère a changé, il n'était pas au courant que sa blonde voulait faire ça pour nous. J'ai dit : « Attends une minute : moi, je ne veux pas de chicane ». [...] Mon frère n'était pas très content, et je le comprends; ce n'est pas une décision que tu prends à la légère. J'ai dit à mon frère : « Ne t'inquiète pas. Si tu ne veux pas, je ne t'en voudrai pas ». [...] C'est lui qui m'est revenu, à peu près un an plus tard : « Élisabeth, je vous vois aller avec les enfants, vous seriez des bons parents. J'accepte ». Je lui ai répondu qu'on allait s'en reparler, pour savoir si nous étions tous sur la même longueur d'onde. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

La proximité familiale entre les personnes impliquées dans l'entente amène aussi une réticence à discuter des considérations financières. Pour Vanessa, une femme qui envisage de porter l'enfant de son cousin, mélanger la famille et l'argent n'est pas du tout envisageable, puisque cela viendrait dénaturer les relations de parenté qui présupposent à ses yeux une solidarité et une réciprocité sous forme de don.

Il m'a dit : « On va te dédommager ». Je lui ai répondu : « Es-tu malade? Franchement, t'es comme mon frère. Je ne veux pas une cenne ». C'est sûr que ça implique des milliers de dollars. Sauf que là, je me suis dit : « Non, non, c'est hors de question. C'est la famille ». C'est comme si c'était moi qui étais enceinte, dans ma tête. « Vous viendrez me donner un coup de main pour faire du ménage, préparer de la popote, n'importe quoi ». (Vanessa, femme porteuse)

Enfin, le don en famille amène une réflexion sur l'aménagement des liens génétiques au regard des rôles investis par les personnes impliquées dans le système de parenté. Une femme

qui donne ses ovules à sa sœur sera-t-elle considérée comme la mère biologique de l'enfant à naître, ou désignée comme sa tante, voire sa marraine? Ces questionnements sont au cœur de la démarche de négociation des couples et des tierces qui choisissent cette filière d'accès. Ils peuvent prendre une tournure inusitée lorsque la propre fille de la mère d'intention est pressentie pour contribuer au projet en tant que donneuse d'ovules, considérant le renversement généalogique que cela entraînerait sur le plan de la lignée et le lien génétique de l'enfant avec l'ex-partenaire de la mère d'intention.

Je me sentais à l'aise avec cela, mais bon, je n'y avais pas réfléchi pendant des mois. À la clinique, on m'a rapidement dit : « Non, tu ne peux pas le faire ». D'une part, pour cette ambivalence parentale : Qui est la mère? Qui est la grand-mère? L'autre raison, c'est qu'il y a un risque d'abus de pouvoir. Tu sais, de dire à ma fille : « Écoute, je t'ai donné la vie, je t'ai portée et je t'ai élevée. La moindre des choses que tu peux faire, c'est de me donner un ovule ». [...] Après coup, je me suis aussi dit : « Ouin...ça aurait été un peu *weird* que notre enfant ait l'ADN de mon ex ». (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Pour les mères d'intention qui ont reçu l'offre d'une amie, la dimension relationnelle est l'un des facteurs qui confortent leur désir de s'engager dans cette filière plutôt qu'une autre. Connaître l'histoire de l'autre sécurise, comme l'exprime Judith :

Plus j'y pensais, plus que les cartes se plaçaient. Je me disais : « Ce serait quelqu'un qu'on connaît depuis longtemps. On connaît son bagage. Je connais l'histoire de sa famille et elle, elle connaît mon histoire ». C'était idéal comme situation. (Judith, mère d'intention par GPA)

Ce même rapport relationnel est aussi évoqué par les tierces, à la fois pour expliquer leur motivation à s'engager dans le projet parental d'autrui, mais aussi pour souligner le lien de proximité qui les rassure et consolide leur sentiment de confiance. Le souci de l'autre et de son bien-être est alors à la base de l'entente.

Je n'ai pas décidé de devenir mère porteuse, j'ai décidé de porter l'enfant de *ce couple-là*. Je ne me serais pas impliquée dans un tel processus s'il n'y avait pas eu ce lien de proximité et de confiance. Pas juste pour savoir que l'enfant est bien, mais juste pour dire : la personne que j'ai en face de moi, elle ne me *bullshit* pas. Elle a vraiment à cœur que j'aie une belle grossesse, et j'ai vraiment à cœur que cet enfant-là soit bien. (Élise, femme porteuse)

Cette proximité relationnelle est à géométrie variable, considérant que le rapport est plus étroit avec une meilleure amie qu'avec une connaissance qu'on croise à l'occasion, par exemple. En ce sens, les femmes sont à l'affût de la « bonne » distance entre elles; une grande proximité étant souvent identifiée comme un risque de briser une amitié précieuse, advenant un conflit pendant le processus ou une ingérence non désirée de la part de la tierce après la naissance de l'enfant. Le degré de proximité, notamment la fréquence des contacts, est ainsi considéré par les participantes concernées avant de se lancer dans l'aventure.

Si ça avait été mon ancienne coloc que je vois chaque semaine, ça aurait été plus intense; j'aurais été dans la vie de cet enfant-là. Là, c'est du monde que je respecte, que j'aime beaucoup. On ne se voit pas souvent, mais je leur fais vraiment confiance. Je vais juste être là un petit moment dans leur vie et, après ça, ils feront leur bout de chemin. C'était la bonne proximité pour moi, celle qui me convenait. (Amélie, donneuse d'ovules)

S'impliquer au sein de sa famille ou de son entourage permet aux personnes concernées de construire un projet sur des bases relationnelles déjà existantes. Cette filière se caractérise par la connaissance de l'autre et la confiance réciproque. Cette proximité ne signifie pas que la négociation soit plus simple ou aisée, puisque les liens de parenté ou amicaux peuvent faire en sorte de créer des attentes entre les personnes, ou les incitent à éviter de nommer certaines choses afin de préserver la relation. Ne voulant pas mêler la famille à leur projet d'enfantement, certaines personnes disposant des ressources financières correspondantes font alors appel aux services d'un intermédiaire privé.

7.1.2 Faire appel aux services d'un intermédiaire privé

Certaines mères d'intention et femmes porteuses ont préféré faire affaire avec une agence privée pour officialiser une entente. Le refus de concrétiser le projet avec un membre de l'entourage et le sentiment de sécurité que procurent les agences préside souvent au choix de faire appel à leurs services. C'est entre autres le cas de Geneviève, une femme porteuse ayant vécu l'expérience à deux reprises, soucieuse que la démarche menant au projet de GPA soit encadrée formellement avec l'aide d'un intermédiaire pour en assurer la viabilité.

J'aimais la sécurité de l'agence, où les couples sont évalués. [...] Parce que je ne voulais pas faire un enfant pour un couple qui vit d'un appart à l'autre. Je voulais quelqu'un qui ait une stabilité. Je trouve que l'agence, c'est un gros avantage pour trouver ces gens-là. [...] Je voulais la sécurité. Il y a un *background check* qui est fait sur ces couples-là. Ils ont déjà passé des rendez-vous avec les psychologues, ils ont déjà eu des bilans financiers. Ils savent déjà dans quoi ils s'embarquent. C'est là que tu vois qu'ils sont sérieux dans le projet. (Geneviève, femme porteuse)

Outre les couples d'intention, les femmes porteuses font aussi l'objet d'une évaluation dans le processus de sélection des candidates. Les critères varient d'une entreprise à l'autre, mais, en général, les femmes doivent déjà être mères et avoir vécu des grossesses sans complication. Leurs trajectoires et leurs motivations sont aussi examinées attentivement par les gestionnaires de l'agence; le caractère altruiste de leur démarche et le désir viscéral d'aider un couple à fonder une famille étant deux caractéristiques que les femmes porteuses pressenties doivent mettre de l'avant avec conviction dans le dossier de candidature. Celles qui ne correspondent pas au profil recherché ne sont pas retenues.

Les agences spécialisées endossent quatre rôles lors des premières étapes du processus. Le rôle premier est de coordonner le processus de prise de contact et d'appariement entre les couples et les femmes porteuses. L'agence est alors une entremetteuse qui permet la rencontre de personnes jusqu'alors inconnues. Des dizaines de profils de couples d'intention circulent sur les sites des différentes agences canadiennes basées surtout en Ontario, mais qui desservent l'ensemble du pays. Les profils des femmes porteuses sont quant à eux plus rares.

Ce décalage entre l'offre et la demande fait en sorte que ce sont ces dernières qui choisissent le couple, et non l'inverse. « *Beggars cannot be choosers* », résume à ce propos Claudine, une femme porteuse ayant fait affaire avec une agence pour sa première expérience de GPA. Portés par l'espoir de voir leur rêve de fonder une famille se réaliser, les parents d'intention doivent donc convaincre une femme de les aider. De leur côté, les tierces reproductrices établissent leurs critères et procèdent à la sélection du couple.

L'agence contacte la *surrogate* et lui dit : « Ces deux personnes aimeraient être en équipe avec toi ». Elle a lu notre profil, puis a dit : « Oui, je suis d'accord ». Après, elle a fait quelque chose qui m'a vraiment touchée. Elle m'a texté : « Est-ce que je peux passer chez toi pour te rencontrer? ». C'était avant que le contrat soit signé. *She wanted to smell us*. Elle est rentrée, elle était avec son fils et une amie. Ils sont restés ici pendant trois, quatre heures. On a jasé. À la fin, j'ai dit : « Tu es venue ici parce que...[renifle] tu voulais... ». *She said* : « Oui, *I wanted to smell you* ». Je lui ai dit : « *I trust you more* ». Tu comprends? Elle m'a choisie. Elle est très intelligente, elle sait ce qu'elle veut. J'aime ça qu'elle ait été *cautious*. Elle a pris ça au sérieux. (Jennifer, mère d'intention par GPA)

Le deuxième rôle de l'agence est d'accompagner les femmes porteuses pendant le processus d'enfantement. Différentes formes de soutien sont offertes. Il peut s'agir d'un soutien téléphonique individuel, ou encore la mise en place d'un groupe sur Facebook réservé exclusivement aux membres. Sur ce groupe privé, les femmes peuvent poser leurs questions, partager leurs expériences et solliciter les conseils de leurs consœurs plus expérimentées. Sous l'impulsion d'une employée, elles publient aussi des photos à intervalle régulier pour montrer l'évolution de leur grossesse. Ces photos sont ensuite réunies dans un collage, puis diffusées en ligne sur le site de l'agence et les médias sociaux. En plus d'offrir du matériel publicitaire gratuit pour l'entreprise, cette initiative permet aux femmes porteuses de briser leur isolement et d'afficher leur fierté de vivre une grossesse pour autrui, dans un contexte où la pratique est stigmatisée.

Les agences organisent aussi des retraites non mixtes auxquelles sont conviées les femmes porteuses présentement enceintes. Il s'agit de fins de semaine considérées comme facultatives, mais pour lesquelles la présence des femmes est fortement suggérée, voire attendue de la part de la directrice. Durant plusieurs jours, les femmes reçoivent du soutien entre pairs et construisent leur sentiment d'appartenance à une communauté sororale en émergence.

L'agence organise des fins de semaine où on peut se rencontrer. C'était assez...spécial. Je les trouvais un peu bizarres, au début. L'agence veut vraiment que les femmes prennent conscience de leur corps, qu'elles soient fières d'être *surrogates*, qu'elles se valorisent. Elles font beaucoup de *fear release*. Elles enseignent aux femmes à laisser aller et à se faire confiance. [...] On parle de nos expériences, de nos motivations. On fait du bricolage, on a des moments positifs...pour jaser entre *surrogates*. [...] Il y a aussi une soirée autour du feu, un partage d'expériences difficiles. Un moment pour que les femmes puissent les partager avec nous. Nous offrons notre soutien à ces femmes-là en deuil, on les écoute. (Isabelle, femme porteuse)

Le troisième rôle de l'agence est d'orchestrer et de faciliter l'ensemble du processus. Cela comprend entre autres la référence vers des juristes spécialisés pour l'élaboration des contrats, ainsi que la prise de rendez-vous avec les cliniques de fertilité et le suivi des protocoles médicaux.

À travers une agence, tu contournes les listes d'attentes. Tu es la priorité. Dans les frais pour l'agence, il y a un pourcentage qui va justement à la clinique de fertilité pour ne pas attendre sur les listes. (Geneviève, femme porteuse)

Dans le même ordre d'idées, le quatrième rôle des agences consiste à prendre en charge la circulation de l'argent pour le remboursement des dépenses. Les parents d'intention et la femme porteuse délèguent alors cette responsabilité à une gestionnaire de l'entreprise, qui en assure la comptabilité. Les personnes concernées soulignent les retombées positives de ce choix leur permettant d'éviter de discuter d'argent entre eux.

Le côté financier de la gestation pour autrui, c'est l'agence qui s'en charge. Comme femme porteuse, tu as juste à développer une bonne relation avec les parents d'intention et pas à te préoccuper du côté financier qui pourrait peut-être faire des conflits ou des malentendus. (Isabelle, femme porteuse)

Pour plusieurs femmes porteuses rattachées à une agence, discuter d'argent avec leur couple aurait pour effet de « dénaturer » en quelque sorte la beauté de leur geste ou de brouiller le caractère altruiste de leurs motivations. En outre, le rôle de gestionnaire endossé par l'agence donne l'impression aux participantes de faire les choses adéquatement et de ne pas poser un geste illégal ou criminel. La responsabilité de s'assurer que tout est conforme à la loi fédérale échoit alors sur les épaules de l'intermédiaire, ce qui les sécurise et leur donne les coudées franches pour aller de l'avant dans le projet.

Bref, l'agence offre une formule « clé en main » permettant de simplifier le processus pour les personnes impliquées, ce qui implique une délégation d'une partie des prises de décision et, ce faisant, de leur pouvoir. « C'est – littéralement – le prix à payer pour avoir une tranquillité d'esprit », concède Jennifer, une mère d'intention. L'encadrement et le contrôle exercés par l'agence, s'ils répondent à un besoin de sécurité des personnes concernées, peuvent néanmoins les incommoder ou créer des insatisfactions.

Outre l'imposition de procédures dispendieuses dénoncée par certains parents d'intention qui les jugent facultatives, les femmes porteuses critiquent quant à elles l'attitude du personnel qui, selon elles, outrepassent le mandat de l'agence en s'immisçant trop dans l'aspect relationnel du processus. Excédée par l'ingérence de la directrice, Geneviève raconte les circonstances l'ayant amené à claquer la porte de l'entreprise et à convaincre le couple de la suivre :

La directrice de l'agence était jalouse de notre relation, entre mon couple et moi. Elle n'acceptait pas qu'on soit si proches. Si j'avais quelque chose à dire au couple, il fallait que ça passe par elle et après ça, elle en parlait au couple. Je lui ai dit : « Il n'en est pas question, tu n'as pas d'affaires dans l'équation. Tu étais là pour faire le *match*, et ça finit là ». (Geneviève, femme porteuse)

Je leur ai dit : « *That's it, that's all*, ça suffit, je sors de l'agence ». J'étais enceinte de 14 ou 15 semaines à ce moment-là. Eux, ils n'étaient pas d'accord, ils voulaient que je reste avec l'agence. C'était important pour eux que je sois avec d'autres mères porteuses, que je sois bien entourée. Je me suis fâchée : « Non, ça ne m'intéresse pas. C'est pas négociable. Non, c'est non ». Ils ont pris quelques jours de recul. Ils ont finalement compris mon point de vue. Ils ont fini par sortir eux aussi de l'agence. On était rendu entre nous, et seulement nous. C'était pas mal plus simple. (Geneviève, femme porteuse)

Les intermédiaires privés ne sont pas une filière d'accès possible dans le cas du don d'ovules au Québec. Les participantes concernées évoquent toutes en effet le décalage entre les possibilités affichées sur les sites des cliniques de fertilité, et l'organisation avérée des dons ne permettant pas le recours ou l'offre de dons anonymes dans la province. La lourdeur et la complexité du processus, de même que l'impossibilité de rémunérer les donneuses pour leur geste font en sorte que les dons anonymes sont extrêmement rares. Ce faisant, les cliniques ont peu d'intérêt à développer ce service; elles redirigent plutôt les parents d'intention vers des banques de gamètes internationales et invitent les donneuses potentielles à trouver elles-mêmes une receveuse pour procéder à un don croisé ou dirigé.

Quand j'ai appelé pour avoir des informations sur le don anonyme, ils ne comprenaient même pas. Ça n'arrive juste pas. Il n'y a pas de liste de receveuses en attente, parce qu'elles auraient le temps d'avoir 80 ans avant de recevoir un don. Les dons anonymes, ça ne fonctionne pas vraiment, dans le fond. Théoriquement, il y a un document sur Internet, c'est annoncé, mais ça n'a pas vraiment lieu dans la vraie vie. (Sarah, donneuse d'ovules)

Il n'y a pas tant d'options possibles que ça. Il n'y a pas de banque d'ovules au Québec, donc tu dois trouver une donneuse dans ton entourage, ou par les petites annonces, des choses comme ça. Sinon, la clinique réfère à une banque d'ovules en Europe ou aux États-Unis, mais là, on parle de 20 000\$ juste pour faire venir des ovules. Ça, c'est sans compter tous les frais ici. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Bref, faire appel aux services d'un intermédiaire privé dans le cas de la GPA implique de franchir les frontières, puisque les agences sont, pour l'instant, toutes basées à l'extérieur du Québec. Ce choix est motivé par un désir de connaître à l'avance les paramètres du projet et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé pour le réaliser, particulièrement lors des premières étapes du processus. Ce cadre est sécurisant, mais il peut aussi être étouffant pour certaines. Celles qui n'ont pas les moyens financiers pour transiger avec une agence ou qui souhaitent vivre le processus plus librement sans la présence d'un intermédiaire se tournent alors vers les réseaux socionumériques.

7.1.3 Se tourner vers les réseaux socionumériques

Exemptées de l'encadrement des instances régulatrices telles les agences spécialisées et les cliniques de fertilité, les prises de contact et la négociation entre les parties qui se déroulent sur le groupe Facebook prennent des formes variées. « Sur Internet, on retrouve le meilleur comme le pire », résume Josée, une mère d'intention consciente des risques associés à son choix de se tourner vers les réseaux socionumériques pour espérer entrer en contact avec une femme porteuse. En contraste avec le mode de fonctionnement des intermédiaires tel que perçu par les participantes, les contacts en ligne offrent une plus grande liberté. Outre une volonté de mise en relation entre les internautes, le fondement des communautés en ligne réside ainsi dans une reconnaissance éclairée, mais prudente des risques encourus par l'ensemble des actrices et des acteurs concernés.

Je n'ai pas besoin d'aide pour trouver un couple. Ce sont les couples qui ont besoin d'aide pour trouver des femmes. [...] Pour les couples, c'est rassurant de passer par une agence, je suis d'accord. Mais pour moi, ça me fait perdre le contrôle. Je perds le contrôle sur ma sélection, sur plein de choses. C'est moi qui décide, ce n'est pas l'agence. Je décide pour *qui* je le fais, *comment* je le fais, *quand* je le fais. Je ne veux pas d'intermédiaire qui va me contraindre. [...] [...] L'agence c'est un guide, c'est un encadrement. Une femme qui est autonome et qui est à son affaire, elle n'a pas besoin de ça. (Florence, femme porteuse)

Le partage de l'histoire du couple est souvent l'amorce privilégiée par les parents d'intention pour engager une conversation avec une femme susceptible de donner ses ovules ou de porter leur embryon. Rédigés avec soin, ces témoignages sont parfois présentés par les parents d'intention eux-mêmes comme des « cris du cœur » visant à capter l'attention d'une femme susceptible de participer à leur projet parental en tant que tierces reproductrices. Les femmes porteuses et les donneuses d'ovules que j'ai rencontrées décrivent ces témoignages comme des « petites séductions » en les comparant aux stratégies de *dating* sur les sites de rencontres, c'est-à-dire une forme de mise en scène de soi dans le but de capter leur attention et ainsi entamer le dialogue. Le choix de la photo de profil, les mots utilisés pour décrire la pratique et la construction du témoignage du couple sont autant d'éléments qui seront remarqués et analysés par les tierces reproductrices. Andréane précise que cette mise en relation avec des candidates potentielles mène néanmoins à la nécessité, aussi déchirante soit-elle, de faire un choix.

Les couples se présentent, ils écrivent leur histoire de long en large. Ils finissent toujours par dire : « Viens me parler, si tu veux en savoir plus ». Ils posent des questions : « Le ferais-tu pour un couple gai? On a vu que tu l'avais fait pour un couple hétéro. Je suis une femme seule, le ferais-tu pour une femme seule? Est-ce que tu prendrais tes ovules? On n'a pas d'embryon, etc. ». En même temps, tu voudrais tous les aider [souples]...mais tu ne peux pas, il faut faire un choix. (Andréane, femme porteuse)

Tout comme le procédé réalisé en agence, la sélection des couples est guidée par plusieurs critères, lesquels varient selon les motivations des femmes et l'importance qu'elles accordent à certains éléments, par exemple l'âge des partenaires, la durée de la relation et le fait d'avoir déjà ou non des enfants. Qui plus est, les tierces reproductrices sont à la recherche de personnes aux valeurs et aux intérêts convergents aux leurs, notamment en ce qui a trait aux préoccupations légales et financières et aux types de relations envisagées pendant le processus et après la naissance de l'enfant.

Il y en avait beaucoup des gens qui m'arrivaient et qui me disaient : « On veut aller en Ontario pour faire des papiers, pour être sûrs que tu ne changes pas d'idée ». Je les comprends, mais moi ce n'est pas cette relation-là que je cherchais. Moi je cherchais une vraie relation de confiance, d'amitié à long terme. Pas une relation de « On va te donner 40 000 \$ et aller en Ontario pour faire des contrats pour être sûr que tu ne changeras pas d'idée ». L'argent n'était vraiment pas un facteur. Je m'en foutais complètement. (Florence, femme porteuse)

L'aspect relationnel semble donc être un élément primordial dans l'établissement d'une entente de procréation assistée par l'entremise des réseaux sociaux numériques. Même si parfois toutes les conditions gagnantes sont rassemblées et que la première impression captée par écrit sur Facebook est positive, les femmes précisent néanmoins qu'il faut qu'une chimie soit présente entre elles lors de la première rencontre « en chair et en os ».

C'est vraiment plus un *feeling*, quand je rencontre la personne. C'était plus ça, mon critère. Tu sais, tu peux être sur Internet et te faire un beau profil et tu rencontres la personne et dans le fond, ça ne fitte pas vraiment. Ça va-tu cliquer? Si ça clique et que j'ai confiance en la personne : ok, *let's go*, j'y vais. (Maxine, donneuse d'ovules)

Dans le même ordre d'idées, les femmes interrogées nous ont confié qu'elles sont à l'écoute de leur instinct lorsqu'elles entament une discussion en ligne et qu'elles restent à l'affût de signes ou de commentaires qui les feraient peut-être hésiter ou refuser une proposition. À ce propos, Anne et Sarah racontent :

Dès le début des conversations, j'avais des mauvais feelings. [...] Tu sais, quand tu parles des conditions, de ce que je m'attends, de ci ou de ça. Déjà dans leurs réponses, dans leur façon de voir les choses, je savais que ça n'allait pas marcher. (Anne, femme porteuse)

Il y en a une qui m'écrivait et je ne la piffais pas. Je n'aimais pas ça, comment elle m'écrivait. « Nous, ça nous prend en bas de tel âge, telle affaire », c'était trop raide. (Sarah, donneuse d'ovules)

Ne se basant pas sur l'encadrement des agences spécialisées dans le domaine, les personnes qui investissent les réseaux sociaux numériques définissent elles-mêmes les frontières de leur entente et les possibilités de négociation que recèle ce contexte d'action en émergence. Les communautés en ligne représentent une plateforme permettant la mise en contact librement consentie entre internautes, mais sans le filet de sécurité assuré par un intermédiaire.

7.2 Naviguer en eaux troubles

Outre les trois filières d'accès qui correspondent à autant de portes d'entrée potentielles dans le processus, les personnes qui s'y engagent doivent naviguer à travers des cadres qui régulent les pratiques de gestation pour autrui et de don d'ovules : le droit, la médecine reproductive et l'État. Que ces cadres normatifs soient investis volontaire ou non par les personnes, leur influence sur l'expérience des parents d'intention et des tierces est indéniable, par exemple la conscience du droit des personnes et leurs choix en matière de protection juridique, leur pratiques obstétriques adoptées dans les établissements de santé, ou l'absence d'encadrement législatif et ses incidences sur les politiques en matière de soutien aux familles.

7.2.1 Le droit et les conseils juridiques

Étant donné la nullité des conventions de GPA au Québec et les craintes qui lui sont associées, certaines mères d'intention et femmes porteuses franchissent les frontières pour signer un contrat dans une autre province, sans nécessairement transiger par un intermédiaire privé. Le besoin de protection des parents d'intention, surtout en ce qui a trait à la garantie que l'enfant leur sera remis à la naissance, est leur principal motif. Les avocats offrent à leurs clients une panoplie de conseils, tant sur le plan des choses « à faire ou à ne pas faire » que de la terminologie à utiliser pour désigner la femme qui accepter de porter leur enfant.

L'avocate nous a dit qu'il ne fallait pas l'appeler une « mère porteuse », mais une « femme porteuse » ou une « gestatrice »... parce qu'elle n'est pas la mère. J'ai trouvé que ça avait bien de l'allure. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Pour les femmes porteuses qui formalisent leur entente avec les parents d'intention, le contrat représente la certitude que leur geste est posé en toute légitimité et n'est pas un acte criminel ou illégal. Cela leur procure une certaine paix d'esprit, même si plusieurs m'ont confié ne pas comprendre tout à fait les tenants et aboutissements de leur volumineux contrat d'une trentaine de pages. Malgré tout, certaines participantes comme Virginie se réfèrent essentiellement à ce que stipule leur contrat pour identifier leurs responsabilités et leurs droits

(l'interruption de grossesse, par exemple), et non l'état actuel des droits reproductifs des femmes au Canada qui reconnaît de toute façon leur souveraineté sur leur corps.

Au Nouveau-Brunswick, une mère porteuse, c'est légal, ce n'est pas un trafic d'enfants! C'est fait avec des contrats, et les deux côtés sont protégés. Moi, je n'aurais jamais pu décider de garder le bébé. Eux, ils avaient déjà fait leur testament, ils avaient déjà choisi les personnes qui prendraient le bébé en charge, peu importe ce qui arrivait durant ma grossesse. Et pour la mère porteuse, c'est la même chose. Elle est protégée. Si mes grossesses futures devenaient à risque, s'il y avait des problèmes pour mon utérus, s'il y avait des problèmes pour ma santé personnelle, j'avais les droits à 100% d'interrompre la grossesse, de clore le contrat. (Virginie, femme porteuse)

Au-delà de la signature apposée à la fin du contrat, c'est une vision d'ensemble commune que les parents d'intention et les femmes porteuses souhaitent authentifier. « Faire les choses comme il le faut » est une réflexion que j'ai souvent entendue de la bouche des personnes ayant voulu absolument préparer une convention légale, bien que cette dernière devienne caduque advenant un accouchement au Québec.

On a signé le contrat en se disant : « C'est plus pour la forme ». Je pense qu'on voulait juste avoir quelque chose pour dire : « On l'a fait comme il faut ». Mais de toute façon, si j'accouche au Québec, tout ce qui est écrit là-dessus ne tient pas la route deux secondes. La relation de confiance était donc importante entre nous. Je ne voulais pas avoir besoin de me référer à l'article A2B3 à chaque fois que je faisais quelque chose. (Élise, femme porteuse)

Bien que le besoin de protection soit partagé par les deux parties, le cadre imposé par le contrat apparaît, pour certaines femmes porteuses, inadapté à leurs besoins. Elles ont l'impression que ce document légal est préparé à partir d'un format prédéfini, lequel ne tient pas compte des particularités de chaque situation ni des aspirations de la triade formée avec le couple, notamment si la femme porteuse souhaite endosser un certain rôle parental auprès de l'enfant ou que le projet découle d'une entente amicale. Au regard du droit, la pluriparentalité demeurait jusqu'à tout récemment un impensé au Canada. Tout comme Élise dans l'extrait précédent, Kate s'en remet d'abord et avant tout à la relation de confiance entretenue avec couple d'intention pour s'engager dans le processus.

I started to wonder as I saw the wording of the legal agreement takes shape, because it seemed so cold and so formal. But I think that's just because it was based on a template where the surrogate would not have any relationship with the child. [...] That process, I found a little bit uncomfortable. Because as soon as everything starts to be in the legal language, I started to feel as if my role was being limited in a way. [...] It had to be very clear, that the fathers were going to be the legal parents. And the lawyers didn't want to sort of leave any grey area about me, possibly having some sort-of parenting role, because I think that might have interfered with the judge ability to make a clear decision. So, I started to feel a little uncomfortable with the legal process, but my friends kept reassuring me that regardless of what was there on the paper, they were going to honour our agreement. (Kate, femme porteuse)

Les restrictions imposées à la femme porteuse sont soigneusement énumérées et décrites dans le contrat signé entre les parties. Outre les prescriptions habituelles liées à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, d'autres spécificités peuvent s'ajouter selon les souhaits des parents d'intention : tenir à jour quotidiennement un journal alimentaire, interdiction de consommer certains aliments ou certaines boissons (fruits de mer, fromage, repas de restauration rapide, café, boisson gazeuse, etc.), ne plus faire de sport pendant la grossesse, s'engager à ne pas prendre l'avion ou à voyager au-delà d'une certaine distance du lieu de résidence, par exemple. La liste des restrictions peut varier grandement d'une situation à l'autre. Pour éviter de payer des honoraires d'avocat considérés comme trop élevés, certaines triades vont se tourner vers Internet pour dénicher un modèle de contrat. Cette décision s'avère souvent peu judicieuse, puisque les modèles proviennent souvent des États-Unis, où le contexte légal entourant la GPA et les droits reproductifs des femmes sont très différents.

Par souci d'économie, ils m'ont dit : « On va prendre un contrat sur Internet ». J'étais OK avec ça. J'ai lu le premier *draft* : « Ouach, non! Je ne signe pas ça ». J'avais au moins une quinzaine de points à faire changer : tu n'auras aucune relation sexuelle durant la grossesse, tu ne feras pas de sport extrême. Si je viens à être en mort cérébrale, ils me gardaient branchée jusqu'à tant que j'accouche. « Vous êtes sérieux, là? Je ne ferai pas supporter ça à mes enfants pour votre bonheur à vous...me voir morte pendant trois mois, franchement! Ça ne marche pas. C'est ma vie et celles des enfants qui priment avant tout, pas cette aventure ». Je n'avais pas le droit de me faire avorter sans leur consentement. Il fallait que je les avertisse si j'allais consulter un médecin. C'était très intrusif. (Jacinthe, femme porteuse)

Le sentiment d'être surveillée agace royalement les femmes porteuses, puisqu'elles perçoivent cette surveillance comme un manque de confiance de la part des parents d'intention. Par les restrictions précisées dans le contrat, elles ont l'impression que les parents contraignent leur liberté et s'immiscent exagérément dans leur vie quotidienne. Or, la majorité d'entre elles n'hésite pas à rappeler que c'est « *leur* enfant, mais *ma* grossesse », traçant une frontière marquée entre le fœtus en gestation et leur expérience en tant que femme enceinte. Si les femmes porteuses rencontrées s'engagent à suivre les recommandations du médecin et à faire le nécessaire pour assurer la santé de l'enfant à naître, certaines clauses « dépassent les bornes » selon elles, notamment lorsqu'elles affectent négativement leur vie familiale.

Il y a un couple qui ne voulait plus que je prenne ma fille dans mes bras. C'était important que je ne soulève aucun poids, ma fille incluse. On s'entend que je n'aurais jamais mis ma famille de côté pour porter un enfant. C'est sûr que je n'irais pas sauter en parachute enceinte. Il y a des limites qui vont avec la logique. Sauf qu'il y a des choses que je n'étais pas prête à accepter d'arrêter de faire. Je ne voulais pas mettre ma vie en suspens pour porter l'enfant d'une autre personne. (Virginie, femme porteuse)

Peu importe la quantité ou la teneur des restrictions, on remarque que c'est la crainte de représailles qui amènent certaines femmes porteuses, principalement celles qui ne connaissaient pas préalablement les parents d'intention (et qui ont vécu l'expérience de GPA par l'entremise d'une agence), à se conformer à la lettre aux clauses du contrat. La peur d'être blâmées et poursuivies advenant un problème durant la grossesse ou à la naissance de l'enfant fait en sorte que ces femmes vont modifier leurs comportements ou leurs habitudes de vie pour respecter à tout prix la convention.

So, my last family, they were super strict on everything. Not the fact that they're not going to know, but what about if something happens, they do their best and then it comes back on me? They know that I've done something wrong. That's the only reason why I stick so close to the contract, is because I don't want anything to fall back on me, in the way that I did something wrong. (Karen, femme porteuse)

Dans le cadre d'un projet de GPA non conventionné, la confiance mutuelle prend une importance marquée, puisqu'il s'agit de la seule et unique assurance du respect de l'entente à l'amiable entre les parties. Plusieurs motifs sont avancés par les participants pour expliquer leur choix de concrétiser le projet au Québec et donc de s'en remettre à l'honneur et à la parole de

l'autre : lieu de résidence trop éloigné pour voyager vers une autre province, ressources financières limitées ne permettant pas de déboursier les honoraires d'un avocat ou désintérêt envers les questions légales.

On est allés rencontrer une avocate. Ça coûte 500\$ de l'heure pour qu'elle nous représente pour le processus d'adoption. Elle nous a recommandé de faire un contrat : « C'est un contrat qui précise tout ce qu'elle a le droit de manger, tout ce qu'elle n'a pas le droit de manger, tout ce qu'elle a le droit de faire, etc. ». J'ai dit « OK, il coûte combien ton contrat? 2 500\$ ». Entre-temps, j'avais lu sur Internet que les contrats étaient nuls et sont invalides au Québec. J'avais même peur que cela nous nuise. Je lui ai demandé : « Est-ce qu'il est valide ton contrat devant la cour, si admettons elle change d'idée? Non? Bien laisse faire! ». (Sofia, mère d'intention par GPA)

En outre, le désir de maintenir une entente souple et flexible et la volonté de préserver l'authenticité de la relation préexistante le cas échéant, sans la teinter de la froideur et des contraintes associées à un contrat, fait en sorte que le dialogue est garant de la cohésion entre les personnes concernées. L'identification de problèmes potentiels pour dicter une marche à suivre ne fait pourtant pas toujours partie de la discussion initiale.

On ne voulait pas attirer le malheur vers nous, ce qui fait qu'on se disait qu'on traverserait le pont quand on sera arrivés. Si c'est pour arriver, on aura ces discussions-là ensemble les quatre et on prendra notre décision à ce moment-là. Mais on ne voulait pas prévoir d'avance. Puis c'était vraiment d'un commun accord, entre nous quatre. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Malgré le lien de confiance et la vision commune qui les unissent, plusieurs participantes ayant établi une entente à l'amiable soulignent néanmoins l'absence de protection en cas de problèmes. Elles reconnaissent la candeur avec laquelle elles se sont engagées dans le projet, et se croisent les doigts pour qu'aucun désaccord ne survienne pendant la grossesse. Pour elles, la vision d'ensemble du projet d'enfantement est plus importante que la somme des éléments pouvant être mis sous contrat dans une entente formalisée.

C'est parce que c'est des amis proches, et on a un lien de confiance qui est très intense. C'est sûr que ça fait toute la différence. [...] Ça fait cinq ans que je les connais, mais je suis consciente que la confiance...tu sais, la vie, elle change, il y a tellement de choses. Ce n'est pas nécessairement un abus de confiance. Des fois, c'est la personnalité, il y a plein de choses qui peuvent casser, quand on parle de confiance. (Marilyne, femme porteuse)

En somme, la conscience du droit des femmes concernées et leur adhésion ou non aux conseils des avocats montrent qu'une compréhension fine et juste de l'encadrement en matière de procréation assistée est difficile à obtenir. Au regard des situations rapportées par les participantes, cela semble être aussi le cas pour les juristes, puisque certains ont prodigué des conseils mal avisés. Entre la perception des règles juridiques qu'ont les personnes concernées et l'état actuel du droit, un fossé existe; s'en remettre à l'expertise des juristes est alors souvent une stratégie par défaut, considérant l'opacité du jargon et la méconnaissance du pouvoir contraignant et de la portée réelle des contrats. Pour d'autres, forger une entente à l'amiable est la seule possibilité au Québec, mais cela évoque aussi pour certaines leur souhait de préserver la relation de la froideur des contrats.

7.2.2 La médecine reproductive et les interventions cliniques

La procréation assistée à l'aide de tierces est un processus très médicalisé. Hormis la GPA génétique qui se fait à la maison par insémination artisanale, les autres pratiques doivent nécessairement transiger par le système médical d'aide à la procréation pour se concrétiser. Les personnes concernées, tant les mères d'intention que les donneuses d'ovules et les femmes porteuses sont alors confrontées aux standards de soins cliniques établis par les établissements. Ces standards posent un cadre normatif concernant l'admissibilité des couples et des tierces; une forme de *gatekeeping* de l'enfantement, selon plusieurs participantes.

Différents critères sont évoqués par les équipes médicales pour accepter ou refuser les arrangements procréatifs : l'âge et le poids de la femme, ses antécédents de santé et d'accouchement, la situation conjugale et familiale des personnes impliquées et la teneur de leur relation préexistante, le cas échéant. Les débats sociaux et politiques sont aussi pris en considération par les établissements, reflétant les tensions sociales entourant la procréation assistée par autrui et leur couverture médiatique.

Elle nous a dit que cela ne fonctionnerait pas. Quelque temps auparavant, il y avait eu l'histoire de Joël Legendre. Cela avait soulevé...plein de débats. On nous a dit qu'à cause de cela, l'hôpital ne voulait plus embarquer dans des histoires de mères porteuses. (Sofia, mère d'intention par GPA)

J'étais rendue à 56 ans. J'étais au-delà des règles qui étaient établies par les cliniques. On était dans le gros nuage du projet de loi 20 qui s'en venait. Ce n'était pas vraiment le temps de faire des vagues et d'avoir un cas hors-norme qui ferait la première page du *Journal de Montréal*. Finalement, je suis allée voir une autre clinique, privée celle-là, et j'ai plaidé ma cause devant le médecin. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Au regard des expériences rapportées par mes participantes, les critères d'admissibilités semblent varier considérablement d'une clinique à l'autre, voire même entre les spécialistes d'un même établissement. Il en est de même pour les protocoles médicaux qui dénotent d'une certaine marge de manœuvre de la part du médecin, mais aussi des demandes exprimées par les patientes. La mise en place du programme de procréation assistée en 2010, puis l'adoption de la loi 20 en 2015 modifiant sa couverture publique a été un enjeu majeur pour plusieurs femmes rencontrées pendant cette période d'incertitude.

Je suis allée voir le médecin, je lui ai dit : « S'il-te-plaît, ne m'en mets pas juste un ». Les chances diminuent souvent quand tu congèles les embryons. J'ai dit : « Mets-moi tout le paquet! ». J'étais désespérée. Mais il a refusé. Il avait un protocole à suivre, à cause de la gratuité qui venait d'être mise en place. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Quand je suis arrivée là le matin, le médecin a dit : « C'est beau, on en implante deux ». « Comment ça, on en implante deux? ». Il a dit : « En veux-tu un bébé? On va tout faire pour que ça marche ». J'étais comme : « Euh...OK » [ton hésitant]. Ça n'aurait pas été possible la première fois, mais toutes les inséminations artificielles que j'ai essayées, le problème génétique...mon dossier était assez pesant pour expliquer un transfert double. *Anyway*, je crois qu'à l'approche de la signature de la loi 20, il y a beaucoup de médecins qui ont *by-passé* les règles. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Les décisions concernant les protocoles sont aussi sujettes à négociation entre le médecin et la tierce. La plupart du temps, la prise d'hormones prévaut afin d'augmenter les chances de succès pour la fécondation, malgré l'avis parfois divergent de la patiente.

J'ai dit au médecin : « La première fois, je l'ai fait naturel. Est-ce qu'on peut réessayer comme ça? ». Il a dit : « Non, on ne fait pas de cycle naturel ici. Il y a trop de risques de *fail*, les taux de réussite ne sont pas assez élevés. Ça va être les injections, et c'est tout ». (Geneviève, femme porteuse)

J'avais arrêté la pilule un an auparavant, et j'étais fière de moi. Je me sentais mieux dans mon corps, je me sentais moins stressée. J'étais vraiment super confiante par rapport au fait qu'en suivant le parcours le plus naturel possible, avec le moins de cochonneries possible, ça allait marcher. Je ne l'aurais pas fait avec une stimulation ovarienne. Ça, non. C'était non négociable. (Amélie, donneuse d'ovules)

Si certaines donneuses d'ovule et femmes porteuses ont ainsi voulu vivre un cycle naturel, elles se sont rapidement confrontées aux pratiques ayant cours dans les cliniques visant à maximiser par hormonothérapie l'efficacité de chaque intervention. Cette façon de faire reflète la médicalisation de la procréation assistée, mais aussi la propension à vouloir réduire les coûts des traitements assumés par les parents d'intention. En ce sens, les intérêts ou les désirs de la tierce en tant que patiente ne correspondent pas nécessairement aux ceux des clients, soit le couple faisant affaire avec la clinique et voulant généralement alléger la facture. Dans un tel contexte, le médecin endosse un rôle pivot, tiraillé entre ses deux interlocutrices.

Par ailleurs, différentes mesures sont déployées par les équipes médicales pour s'assurer que, peu importe la filière d'accès empruntée par les membres de la triade, aucun abus de pouvoir ne s'immisce dans la relation. L'une de ces mesures est de fournir deux médecins, l'un pour le couple et l'autre pour la tierce, et de créer autant de dossiers médicaux pour assurer la confidentialité de la relation médecin-patiente.

À la clinique, la médecin nous a expliqué que [prénom de la femme porteuse] aurait un rendez-vous avec un autre médecin, pour éviter qu'elle soit sous influences. Mettons qu'elle nous aime vraiment beaucoup en tant que couple, il ne faut pas que cela vienne trop biaiser sa décision d'être mère porteuse, qu'elle accepte juste pour nous faire plaisir. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Toujours dans le but d'évaluer la recevabilité des projets d'enfantement à plusieurs, une rencontre est planifiée en début de processus avec une psychologue ou une travailleuse sociale pour cerner l'expérience des personnes impliquées sur le plan psychosocial. Les mères d'intention sont questionnées sur leur désir de maternité et leur deuil de la grossesse ou du lien génétique avec l'enfant à naître, tandis que les tierces sont interrogées à propos de leurs motivations à participer au projet parental d'autrui. Moment anxiogène s'il en est, cette rencontre est souvent perçue par les participantes comme une épreuve truffée de pièges,

plusieurs estimant qu'elles doivent s'assurer que leur histoire s'inscrive bien dans la vision et les représentations de « la bonne façon de faire » nourries par la professionnelle.

On dirait qu'elle cherchait des poux. Elle essayait de trouver des problèmes dans mes relations. Elle essayait de comprendre mes motivations. Je lui ai expliqué que je voulais juste donner des ovules, et que ma santé mentale était excellente [rires]. Ça m'a laissé l'impression qu'il ne fallait pas que je dise quelque chose de pas correct. J'avais vraiment l'impression, pas de lui vendre ma salade, mais de savoir ce qu'elle voulait entendre, et de lui dire exactement ça pour qu'elle coche ses cases comme quoi je disais la bonne affaire. (Emmanuelle, donneuse d'ovules)

Outre les motivations des candidates, les représentations de la famille – et, plus particulièrement, ce qui est acceptable ou non comme structure familiale ou mode d'entrée en famille – sont mobilisées lors de cet échange avec la psychologue. Ainsi, au-delà des motifs ayant présidé aux choix de la filière d'accès, des barrières peuvent se dresser sur le chemin des personnes concernées pour la réalisation de leur projet. Le don au sein de la famille et l'homoparentalité sont des exemples de situations cités par les participantes ayant soulevé des réserves de la part des professionnels, voire ont failli les exclure du processus.

La psychologue nous a rencontré les quatre; chacun individuellement, puis en couple. Au début, elle ne voulait pas que la mère porteuse soit dans la famille. Ça a l'air qu'il y avait un protocole qui s'en venait, et que dans la famille, ils ne voulaient pas. Ce n'est pas une bonne façon de faire les choses, selon eux. Mais moi, je lui ai dit que ça me rassure, parce que je la connais : je pouvais lui faire 100% confiance. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

Ils ont vu le dossier : deux hommes, une donneuse. La femme, c'est la sœur d'un des hommes. Ils étaient trois psychologues, et il n'y en avait aucun qui acceptait de me rencontrer. Ils ne voulaient pas ouvrir notre dossier. Ils ne voulaient pas qu'on fasse des bébés. Finalement, il y en a une qui a accepté, mais elle essayait tout le temps de me piéger :

- Qu'est-ce que tu vas faire quand ta petite fille va faire ça?
- Non, madame, ce ne sera pas ma fille. Moi je fais un don, elle sera donc la fille de mon frère et de son chum.
- Mais quand ils vont venir te visiter, et que les gens vont dire qu'elle ressemble à maman...
- Non, je ne serai pas la mère [souponne d'exaspération]. Je suis une donneuse. Je serai la tante. (Anaïs, donneuse d'ovules)

Certaines situations d'exception (faire un don d'ovules intrafamilial ou souhaiter renouveler l'expérience de GPA après une fausse couche, par exemple) sont saisies par les comités d'éthique des établissements de santé, lorsque la médecin ou la psychologue estime qu'une délibération entre collègues est nécessaire pour évaluer le bien-fondé de la demande ou autoriser la poursuite du processus. La légitimité du projet est alors évaluée par des experts ne faisant pas partie de la triade d'enfantement, ce qui est perçu par les personnes concernées comme une atteinte à leur autonomie reproductive. L'exigence de l'approbation éthique en exaspère plus d'une.

On nous a dit que le comité devait se réunir pour décider si on pouvait le faire. Je me suis dit : « Mais pour qui tu te prends toi, *criss*, choisir à ma place si je peux le faire ou pas, décider ce qui est acceptable ou non ». Ça m'a vraiment frustrée. (Andréane, femme porteuse)

Les comités d'éthique contribuent aussi à établir les modalités de l'entente, notamment dans les situations inusitées qui dérogent aux scénarios d'enfantement à plusieurs habituels. Le souhait de Sarah de donner ses ovules à deux couples plutôt qu'à un seul est selon elle un exemple « d'ingérence » de la part du comité, puis la décision de ce dernier venait supplanter la sienne sans raison valable. Soutenue par l'un des couples receveurs, elle a dû défendre son point à maintes reprises, elle qui voulait pourtant vivre une expérience de don la plus simple possible.

Depuis le début, ils disent à la clinique qu'ils vont passer en comité d'éthique pour déterminer les modalités du don : les frais chargés à chacun des couples, comment ils vont séparer les ovules, etc. [...] Plus tard dans le processus, ils sont revenus sur leur décision. [...] Ils ont statué que ça allait être juste un couple. L'un des couples receveurs que j'avais choisis a insisté auprès de la clinique : « Notre donneuse a ce souhait-là et nous, on supporte sa décision ». Le fait qu'ils posent ce geste-là, ça m'a vraiment reconfirmé que j'avais bien fait de choisir ce couple-là. C'était en accord avec mes valeurs. (Sarah, donneuse d'ovules)

Enfin, l'équipe de la clinique se porte garante à la fois des trajectoires des personnes, mais aussi du respect de l'encadrement législatif en matière de procréation assistée. En effet, en l'absence d'autres agents régulateurs, ce sont les cliniques de fertilité qui assurent cette surveillance. Le discours des femmes est alors scruté par la psychologue pour y repérer une

quelconque forme de rémunération, une pratique illégale en vertu de la loi fédérale. Or, selon Maxine, il est relativement aisé de contourner cette précaution.

Ils veulent absolument être certains que tu n'es pas payée. J'avais vraiment l'impression que c'est ça qu'ils essayaient de voir : « Est-ce que tu es payée pour faire ça? ». J'étais comme : « Non ». J'ai menti. Je sentais vraiment qu'elle essayait de voir aussi s'il y avait de la coercition. Au début, il n'y en avait pas, c'est venu plus tard dans le processus. (Maxine, donneuse d'ovules)

Comme le révèle le témoignage de Maxine, les cliniques de fertilité sont un guichet d'entrée dans le processus d'enfantement; leur implication cesse généralement après la fécondation. Vouloir dépister à ce stade-ci la présence de coercition est certes louable, mais cela ne permet pas d'assurer un suivi ni s'enquérir de l'évolution de la relation. Or, des tensions peuvent survenir *pendant* le processus. En l'absence de ressources, institutionnelles ou communautaires, vouées spécifiquement au soutien des donneuses ou des femmes porteuses et à la défense de leurs droits, ces dernières se retrouvent souvent isolées.

Ils sont devenus vraiment *insécurés* au fur et à mesure du processus. Ils m'envoyaient beaucoup de courriels, ils m'appelaient tout le temps, même si je leur disais : « J'aimerais ça que vous m'appeliez moins, je trouve que c'est trop. Je suis très sérieuse, je prends mes pilules, je fais les injections ». Éventuellement, ils m'ont envoyé un courriel en disant : « Je vais appeler la police, parce que je n'ai pas de nouvelles de toi ». Je me suis dit : « On se calme! ». À ce moment-là, j'ai douté de ce que j'étais en train de faire. Je ne me sentais plus en sécurité. Je me disais : « C'est qui elle? Je ne la connais pas. Elle me harcèle ». Je n'avais aucun recours, personne ne pouvait me protéger. À l'hôpital, comme donneuse d'ovules, tu n'es personne. Il n'y a aucune ressource pour nous. (Maxine, donneuse d'ovules)

En bref, l'univers médical d'aide à la procréation est omniprésent dans le processus d'enfantement. Bien qu'un cadre législatif soit en place, une certaine marge de manœuvre est dénotée au regard des soins cliniques et des pratiques professionnelles déployées dans les différentes cliniques.

7.2.3 L'État et les actions publiques

Les actions publiques de l'État en matière de procréation assistée et de soutien aux familles sont le troisième vecteur normatif qui influence le parcours des personnes concernées au moment de la négociation de leur entente. Ces actions recourent à l'encadrement législatif et les politiques sociales adoptées aux niveaux provincial et fédéral, dont l'arrimage entre les deux paliers gouvernementaux s'avère incomplet et incohérent. Le « flou juridique » maintes fois mentionné lors des entrevues avec les participantes illustre justement les eaux troubles sur laquelle naviguent les personnes concernées. Comme l'évoque Maxine, elles doivent alors avancer à tâtons sans trébucher, malgré le manque de reconnaissance légale.

Je pense que dans un contexte où ce n'est pas reconnu légalement, tu ne peux pas avoir de limites personnelles claires, parce que tu n'es pas protégée par la loi. Ça cause toutes sortes d'influences néfastes. Tu es susceptible de vivre des abus. C'est dur de dire ça, parce que ça peut être tellement beau comme expérience, mais non. (Maxine, donneuse d'ovules)

Les considérations financières entourant la GPA viennent tout de suite à l'esprit. Bien que complexe en apparence, la question du remboursement peut néanmoins être résumée succinctement : personne ne sait exactement ce qui peut être remboursé ni à combien s'élèvent les montants, et ce, sans égard à la filière d'accès (avec intermédiaire ou non) ou le type d'entente (conventionnée ou à l'amiable) qui lie les personnes entre elles. En effet, l'apparente « zone d'ombre » concernant le remboursement des dépenses admissibles est sujette à de nombreuses interprétations de la part des participantes.

Étant donné que c'est gris, il n'y a pas de « Oui et non », c'est du « Peut-être ». Il n'y a pas vraiment de limitation dans ce qui peut être remboursé. C'est assez vague comme sujet, si on veut. (Geneviève, femme porteuse)

L'absence d'une liste de dépenses admissibles ouvre la porte à différentes façons de faire, certaines plus exhaustives ou créatives que d'autres, pour atteindre l'horizon visé par les agences de 20 000\$ offert à la femme porteuse. En plus des dépenses liées à l'alimentation, la médication, les vêtements et le transport, d'autres factures peuvent ainsi s'ajouter : gardiennage des enfants, entretien ménager, services de soins corporels ou de massothérapie, etc. L'imprécision de cet aspect du processus en rend plusieurs perplexes. Outre le défi d'identifier

les dépenses admissibles, encore faut-il en déterminer les montants. C'est à ce moment que les participantes précisent qu'elles doivent « jouer avec les chiffres et avec les mots » pour naviguer à travers l'ambiguïté de la loi et les pratiques établies depuis quelques années par les agences et les juristes qui les accompagnent pendant le processus.

Il y a encore un immense flou juridique, ça fait que c'est comme une loterie. Mon avocate me disait : « Demande tel montant ». Je lui répliquais : « Oui, mais je ne veux pas demander un demi-million si j'ai une césarienne ». Elle disait : « S'ils [les parents d'intention] ne sont pas d'accord, ils réviseront à la baisse ». Ça se passait plus avec mon avocate qu'avec le couple. Il fallait juste s'entendre pour dire : Qu'est-ce qui est raisonnable et qu'est-ce qui ne l'est pas? (Élise, femme porteuse)

L'arrivée de l'enfant à naître amène des préoccupations liées à sa prise en charge et, conséquemment, du congé d'adoption dont veulent bénéficier les mères d'intention qui ont recours à la GPA. L'obtention de ce congé est tributaire du dépôt de la requête en adoption à la Chambre de la jeunesse, lorsque la femme porteuse est inscrite sur l'acte de naissance de l'enfant et doit préalablement se départir de ses droits parentaux. Combinées aux règles de filiation différentes d'une province à l'autre, la lourdeur et l'imprévisibilité des démarches administratives et légales fragilisent les familles. Ces dernières doivent évaluer les différents scénarios et s'astreindre à de savants calculs pour prévoir adéquatement les premiers mois de la période postnatale.

On a essayé d'être stratégique, ce qui n'est pas nécessairement le moins compliqué. À cause du flou juridique, ce qu'on pouvait faire, c'est de demander que leurs noms à eux [les parents d'intention] soient directement sur le certificat de naissance de l'enfant en Ontario, sans passer par l'adoption ici au Québec. Mais si on faisait ça, la mère n'aurait pas eu de congé d'adoption; elle aurait juste été déclarée la mère de l'enfant. Le reste aurait été en sans solde. Alors que si j'accouche en Ontario, je résilie mes droits, mon nom est sur le certificat et je vais avoir droit au congé de maternité [en tant que femme qui a donné naissance]. La mère peut avoir son congé, et le père bénéficie du congé de paternité et du congé parental. C'était la formule gagnante pour nous. (Élise, femme porteuse)

En plus des congés lors de la période postnatale, les congés réservés pour les rendez-vous médicaux pendant la grossesse sont aussi un sujet de préoccupations pour les mères d'intention. N'étant pas elles-mêmes enceintes, elles ne peuvent pas s'en prévaloir, puisqu'elles ne sont généralement pas considérées comme des mères selon leur employeur. Or, une absence à ces rendez-vous est inconcevable à leurs yeux.

Pour les congés, ils me disaient : « Ce n'est pas toi qui es enceinte ». « Oui, mais les suivis, c'est pour *mon* enfant. C'est *mon* enfant qui va naître. Je me dois d'être là ». Les mères ont droit à quatre journées, huit demi-journées pour leurs rendez-vous médicaux. L'agente me disait : « Oui, mais si on ouvre cette porte-là, tous les conjoints auraient alors le droit d'être présents pour les rendez-vous ». J'ai dû négocier. (Judith, mère d'intention par GPA)

Outre les visites médicales liées à la grossesse, les régimes de congés parentaux ne sont pas adaptés selon les participantes aux situations familiales découlant de la GPA. Les personnes engagées dans un processus d'enfantement doivent alors se dépêtrer elles-mêmes dans les dédales administratifs. Pour ce faire, elles sollicitent les avis d'experts des milieux médicaux et juridiques, lesquels s'avèrent souvent contradictoires, ce qui accentue leur confusion.

À chaque fois qu'on pose des questions [souponne], ça dépend qui répond à la RAMQ, ça dépend du médecin ou de l'avocat à qui tu parles [rires]. Je trouve que c'est un peu embêtant. On se fait dire une chose, puis on se fait dire le contraire. Et les deux sont vraies, finalement, parce qu'il n'y a pas de bonne réponse. C'est vraiment mêlant. [...] Et peu importe avec qui tu vas en parler autour de toi, il n'y a pas personne qui connaît ça non plus. Ça fait qu'on se fait notre propre système, et on l'invente un peu au fur et à mesure. (Élise, femme porteuse)

En bref, on remarque que l'État s'immisce peu dans la gouvernance des arrangements de procréation assistée par autrui, laissant le soin aux agences et aux cliniques de fertilité de réguler les pratiques. L'incohérence des encadrements législatifs à l'échelle canadienne engendre une confusion certaine pour les couples et les femmes concernées.

7.3 Amorcer la négociation

Comme on a pu le voir dans les sections précédentes, l'étape de la négociation convoque divers agents régulateurs, dont l'influence macrosociale s'observe à travers les normes, les règles et les pratiques professionnelles issues des contextes d'action en présence. Or, l'issue de la négociation est aussi le produit de dynamiques relationnelles entre les individus. Sans modèle de référence sous la main, l'arrimage des attentes et des besoins de chacune est alors un exercice de mise en dialogue continu où l'avis des proches est sollicité, notamment les partenaires de vie.

7.3.1 Consulter ses proches

Avant de s'engager dans le projet parental d'autrui, la plupart des femmes porteuses et des donneuses d'ovule ont consulté leurs proches, et plus particulièrement leur partenaire de vie. L'avis de ce dernier pèse lourdement dans la balance, puisque la majorité des femmes ne souhaitent pas créer de tensions au sein de leur couple advenant un refus de sa part. Même s'ils adhèrent au projet, plusieurs conjoints estiment néanmoins que la décision revient ultimement à la femme elle-même puisqu'il s'agit de son corps.

Avant de lui proposer [à la receveuse du don], j'en ai parlé avec mon conjoint. De son côté, ça a plus été : « C'est ton corps, tu décides ce que tu veux ». Ça ne le dérangeait pas, mais il trouvait que la décision me revenait. On dirait qu'il ne comprenait pas que ça impliquait quand même nous deux, cette décision-là. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Consulter son conjoint et obtenir son assentiment n'est pas qu'une préoccupation intime entre les membres du couple. De fait, les cliniques exigent souvent le consentement par écrit du partenaire de vie de la tierce avant d'autoriser cette dernière à aller de l'avant dans le processus. L'agentivité de la femme sur son corps et de ses choix en matière de reproduction apparaît alors délimitée.

Dans les documents de la clinique, c'était écrit que ça prenait le consentement du conjoint pour un don d'ovules. Quand ils m'ont posé la question, j'ai dit : « Ça fait trois mois que j'ai un chum ». Ils m'ont dit : « On n'a pas besoin de son consentement, alors ». Si on avait été mariés, je pense qu'il aurait dû signer un papier comme quoi il était d'accord avec ça et qu'il comprenait les raisons. [...] Je pense que le ou la partenaire doit être au courant de la démarche, mais de là à avoir son mot à dire...je n'y vois pas nécessairement l'intérêt. C'est mon corps, ce n'est pas le sien. (Emmanuelle, donneuse d'ovules)

Sans nécessairement s'opposer au projet de façon unilatérale, certains partenaires ont exprimé certaines réserves à leur conjointe, notamment le fait que les parents d'intention gravitent dans l'entourage du couple ou soient de parfaits inconnus. Ce faisant, les femmes ont dû faire preuve de persuasion pour que leurs maris se rangent à leur point de vue. C'est entre autres le cas de Véronique, qui a choisi d'inclure son époux à la discussion initiale avec les parents d'intention pour qu'il puisse les rencontrer. Ce contact a été l'occasion pour lui de

prendre conscience des répercussions positives du geste posé par sa femme, dont celle de permettre à un autre homme d'accéder à la paternité.

Je voulais qu'il rencontre le mari de mon amie. On a eu une rencontre à quatre. On s'est mis à jaser. Ils n'étaient plus arrêtables, eux autres! [rires] Il trouve que ce sont de bonnes personnes, on a beaucoup de points communs. Il trouvait ça bien qu'on puisse les aider, finalement. Maintenant, il est d'accord avec ça, parce qu'on les connaît. Mais je ne crois pas qu'il aurait accepté si ça avait été des inconnus. (Véronique, donneuse d'ovules)

Dans d'autres situations, comme c'est le cas pour Geneviève, Kate et Isabelle, le projet de GPA leur tenait suffisamment à cœur pour ne pas accorder un droit de veto à leur conjoint. Que leur partenaire soit d'accord ou non, elles estiment que la décision de porter un enfant pour autrui leur revient entièrement. Pour Geneviève, le projet était l'aboutissement d'un désir exprimé depuis longtemps, pour lequel son conjoint avait eu le temps de considérer l'éventualité.

Pour moi, ce n'était pas négociable. S'il n'avait pas été partant, ça aurait pu mettre fin à notre relation. C'était important à ce point-là. [...] Ce n'est pas quelque chose que j'ai pris à la légère. Il en était conscient, il le savait. Il m'a vu, dans le passé, faire des recherches là-dessus, regarder des films et des documentaires à propos de ça. Je pense que c'était comme naturel pour lui. Il s'en attendait qu'une journée ou une autre, je lui arriverais avec ce projet-là. (Geneviève, femme porteuse)

Pour Kate, toutefois, l'attitude de son conjoint n'était pas à la hauteur de ses attentes. Ce dernier a été réfractaire dès le départ face au projet, ce qui a envenimé leur relation conjugale au fil des mois, en plus d'avoir des répercussions négatives dans leur cercle d'amis.

I did, of course, talk to my partner. And he didn't like the idea. He felt that I would not be able to go through with it. He said that I would get too attached to the baby, and that it would just be this huge drama, and he would have to deal with it. [...] After I actually became pregnant, he was very unpleasant for a while. He was really making life unpleasant. It seems that a couple of his friends sort-of sided with him, and that they felt like I was doing something that was so unfair to him. They didn't really seem to consider that I was doing a nice thing for another couple. And those friends have stopped talking to me. (Kate, femme porteuse)

Le projet d'être enceinte et de donner naissance à un enfant pour autrui a quant à lui permis à Isabelle de s'affranchir une bonne fois pour toutes d'une relation moribonde avec son ex-partenaire. En portant un enfant dont il n'était pas le géniteur, la GPA représentait un geste

symbolique et émancipatoire fort, consolidant chez elle sa volonté de tourner la page et de rompre définitivement avec lui.

Je pense que pour lui, c'était comme une porte qui se fermait : je ne lui donnerai pas d'autres enfants. [...] Quand j'ai appliqué pour être mère porteuse, il a fait des crises et des crises. Il n'était vraiment pas content. À un moment donné, il a compris que c'était mon choix et que, peu importe ce qu'il allait dire, cela ne changera pas mon opinion. Cela faisait assez longtemps que je voulais qu'il soit hors de ma vie. Après, on a recommencé nos vies séparées. (Isabelle, femme porteuse)

Pour les mères de famille, il était aussi très important d'informer leurs enfants, pour qu'ils comprennent que le bébé ne sera pas un petit frère ou une petite sœur, mais bien l'enfant du couple d'intention. Les explications offertes sont modulées selon l'âge des enfants. Les donneuses d'ovule parlent de « cocos brisés » et de la possible ressemblance physique entre les personnes, tandis que les femmes porteuses font référence au « bedon brisé de la madame ». Peu importe le récit utilisé par les participantes, un constat demeure : le souci d'inclure leurs enfants dans la démarche et de les préparer adéquatement par rapport à son issue.

Une des choses qui étaient très importantes pour moi, c'est que mes enfants le comprennent bien. Je ne voulais pas semer de doutes. J'ai d'abord présenté le projet aux enfants sans m'impliquer. J'ai dit que j'avais une amie qui ne pouvait pas avoir de bébé, parce que la petite maison dans son ventre était brisée. [...] Ils avaient bien de la peine pour elle. Ils étaient vraiment très empathiques. Plus tard, dans le processus, je leur ai dit : « Qu'est-ce que vous pensez que ce soit MOI qui lui prête ma petite maison pour son bébé? ». Ça a très bien été reçu, ça n'a pas causé d'ambiguïté. [...] Ce sont eux [les parents d'intention] qui ont annoncé à mes enfants que leur bébé était dans mon ventre. (Élise, femme porteuse)

Si le bien-être des enfants accapare l'essentiel des préoccupations véhiculées à l'égard de la GPA et du don d'ovules, les participantes estiment que les craintes exprimées à ce sujet sont surtout projetées par des adultes inconfortables face à des situations qui dérogent aux normes familiales. Comme le souligne Patricia, le « meilleur intérêt des enfants » est malheureusement perçu uniquement à partir du point de vue des adultes, et non celui des principaux concernés.

On a l'impression que les enfants doivent trouver cela compliqué ou difficile à comprendre. Non, c'est *nous* comme adultes qui trouvons ça, parce que notre vécu nous amène à tout concevoir dans un cadre. Les enfants ne savent pas encore ce qui est spécial

ou ce qui est bizarre. Je veux dire : leur mère leur dit qu'elle fait ça, c'est parce que cela doit être correct. Ils réalisent que c'est vraiment gentil de faire ça pour quelqu'un d'autre, mais bizarre? Non, pas du tout. (Patricia, femme porteuse)

Au-delà de la cellule familiale composée du conjoint et des enfants, les membres de l'entourage font aussi partie de l'équation. Si certaines personnes sont simplement informées de la situation sans attente d'implication de leur part, d'autres sont partie prenante du projet en tant qu'alliées. Les choses se corsent parfois avec les membres de la famille élargie, notamment lorsque la génétique est le socle de leurs représentations de la famille et des liens d'apparentement.

Ma réticence était plus par rapport à certaines personnes de mon entourage, parce que ces personnes-là vont peut-être avoir un contact avec l'enfant. La receveuse, elle, de son côté, ça a été un peu plus laborieux. Il y a certaines personnes qui ont un peu mal réagi. Les gens ne comprennent pas nécessairement les notions de « qui va être la mère ou non ». (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Je pense que c'est ma mère qui va être une des plus bouleversées, en fait. Je lui ai annoncé, quand c'était décidé [...]. À un moment donné, elle m'a juste dit : « Je ne sais pas si je vais être capable de te laisser le donner, cet enfant-là ». (Marilyne, femme porteuse)

L'expérience de Marilyne illustre bien le fossé qui peut se creuser entre la vision des femmes qui ont fait le choix de s'impliquer dans projet, et celle des personnes qui n'y participent pas directement, mais dont les répercussions rejaillissent tout de même dans leur vie. Pour la mère de Marilyne, un arrangement de GPA génétique équivaut à donner son futur petit-enfant en adoption, ce qui brise son cœur de grand-mère. En ce sens, bien que la triade d'enfantement réunisse d'abord et avant tout les parents d'intention et les tierces qui les aident à fonder une famille, cette même triade s'ancre dans un réseau beaucoup plus large, incluant les partenaires de vie, les enfants et les membres de la famille élargie.

7.3.2 Arrimer les besoins et les attentes

Établir une entente passe par la validation d'une vision commune du projet d'enfantement. Les parents d'intention et les femmes porteuses, souvent accompagnées de leur mari et de leurs enfants, planifient alors des moments pour discuter du projet, lors d'un souper

par exemple. Les aspirations, les besoins et les limites des personnes sont alors abordés de façon plus ou moins explicite, de même que les considérations médicales et financières.

On était toute la gang : le couple – maman et papa – et moi, mon mari et les quatre enfants. On a fait ça chez nous. On trouvait ça plus personnel pour discuter de tout ça. Ça a été le coup de foudre, c'est le cas de le dire. On a ri, on a eu du fun. Ils sont partis pas mal plus tard qu'ils étaient supposés [rires]. On avait tous les mêmes attentes, les mêmes désirs. On était les deux couples sur le même chemin, en parallèle. On attendait juste qu'il y ait un petit chemin qui nous croise comme ça. (Geneviève, femme porteuse)

Lors de la période de discussion à trois ou à quatre, l'objectif avoué est de se familiariser avec les valeurs et le tempérament de l'autre, vérifier si leurs personnalités sont compatibles pour être en mesure de vivre cette aventure ensemble et valider les grandes lignes de l'entente. La négociation s'inscrit dans une approche relationnelle du moment présent où le rôle de chacun est en construction, étant donné l'absence de modèles et la singularité du processus. Qualifiée de « période d'apprivoisement » par certaines, cette étape charnière est le point tournant qui insufflera un enthousiasme de part et d'autre pour la poursuite de la négociation ou, au contraire, marquera la fin du dialogue en cas de mésentente.

We had a couple discussions the three of us. Just discussing, basically, how I related to them, how I related to my kids, what would be the psychological ramifications of me giving an egg to them and seeing the baby growth and being around them. So, we had a couple of chats. And then once it became more official that yes, that all of us are on board with this idea, we started the official procedure. (Katerine, donneuse d'ovules)

Conscientes des craintes des mères d'intention par rapport au potentiel sentiment d'attachement envers l'enfant qu'elles ont aidé à enfanter, les donneuses d'ovule et les femmes porteuses profitent de l'occasion pour tenter de les apaiser par un double mouvement visant à rassurer et reconforter : réitérer leur refus d'un rôle maternel, tout en réaffirmant celui de la mère d'intention.

J'avais une seule condition : « Je ne veux pas que tu te sentes mal à l'aise de me présenter ton enfant. Je ne veux pas que tu aies peur que je côtoie ton enfant. Je ne veux pas que ça brise notre amitié ». Je lui ai dit : « Pour moi, c'est important que tu me le présentes. Je vais être super contente pour toi ». Justement, en lui disant encore et encore : « Je ne le considérerai jamais comme mon enfant. N'aie pas peur qu'il y ait quoi que ce soit à ce niveau-là ». [...] Je veux qu'elle soit fière de me présenter son bébé miracle, et qu'on puisse vivre ces moments heureux ensemble. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

La grossesse pour autrui et le don d'ovules nécessitent d'aménager « un espace pour chaque personne, ce qui implique de communiquer nos besoins, tout au long du processus », résume à ce sujet Anne, une femme porteuse. Cet aménagement ne se fait pas sans heurts, puisque la trajectoire des mères d'intention liées à l'infertilité et aux difficultés de procréation oriente parfois la discussion initiale en inhibant l'écoute de l'autre et de ses besoins.

Il y a des parents qui sont vraiment *control freak*. Ce sont des parents anxieux, qui ont vécu beaucoup d'échecs et qui veulent tellement être parents que c'est l'anxiété qui prend le dessus, et c'est cela qui mène le processus. Il y a des couples que j'ai refusés, parce qu'on ne partageait pas les mêmes attentes, les mêmes objectifs par rapport à l'expérience. (Claudine, femme porteuse)

À l'inverse, certaines mères d'intention ont aussi été confrontées à des demandes de la part de la tierce qui dépassaient leurs capacités ou leurs attentes, notamment en ce qui a trait à la fréquence des contacts. Encore une fois, cela montre les défis dans l'aménagement d'une saine proximité entre les personnes, où les frontières sont mouvantes.

Elle avait l'impression que je ne lui donnais pas toutes les infos. Elle avait aussi l'impression qu'on n'était pas transparents avec elle. « Transparents de quoi? Qu'est-ce que tu veux? Que je te décrive toutes mes journées? ». Je ne parvenais pas à comprendre ce qu'elle voulait qu'on ait comme relation. Je pense qu'elle voulait qu'on soit encore plus engagés envers elle. (Judith, mère d'intention par GPA)

Enfin, la négociation de l'entente rend aussi saillants les rapports de pouvoir qui peuvent s'immiscer dans la relation entre les parents d'intention et la femme qui accepte de les aider à avoir un enfant. Selon les tierces, le niveau d'éducation et le statut socioéconomique peuvent créer des inégalités lorsqu'un écart important est noté, généralement à leurs dépens. Claudine explique à ce propos que cette hiérarchisation des positions sociales est un risque à considérer pour éviter de perpétuer une iniquité entre les personnes.

J'ai l'impression que ces couples-là, ce sont des gens qui sont souvent très aisés, ils ont beaucoup d'argent. Je ne veux pas dire que les mères-porteuses sont que des femmes de milieux défavorisés, mais elles ont peut-être un niveau d'éducation un peu moins élevé. Donc souvent les couples les voient de haut. Moi, ce n'était pas cela. Elle ne me voyait pas comme une... J'avais un niveau d'éducation plus élevé qu'elle, donc il y avait vraiment cette égalité-là. Je pense qu'il y avait beaucoup de respect, l'une envers l'autre. (Claudine, femme porteuse)

En bref, toutes les femmes rencontrées, tant les mères d'intention que les tierces reproductrices ont mentionné l'importance accordée au sentiment de confort ou d'aisance en présence de l'autre. Ce sentiment est difficile à décrire selon elles, mais réfère à une certaine forme de complicité et de respect mutuel, mélangés à des affinités réciproques. Le partage de valeurs communes y est prépondérant.

7.4 Consentir au projet et aller de l'avant dans le processus

La négociation de l'entente de procréation assistée pose avec acuité la question du consentement. Dans le cadre d'un projet de GPA ou de don d'ovules, « *à quoi* consent-on, et *à quel moment* doit-on ou peut-on l'exprimer? », se demandent les femmes. Au regard du discours des participantes, les réponses à ces deux questions ne sont pas évidentes ni ne font l'objet d'un consensus. Déterminer si le consentement est un acte unique et circonscrit dans le temps, ou plutôt un exercice continu tout au long du processus résume le questionnement avec lequel les femmes concernées sont aux prises.

7.4.1 Un consentement unique ou continu ?

Une phrase telle « J'accepte de porter votre enfant » ou « Je m'engage à vous donner mes ovules » déclarée par la tierce après la négociation de l'entente est le signal pour entamer une nouvelle étape du processus, soit la mise en pratique de l'enfantement. L'excitation de ce moment enhardit même les plus sceptiques, leur insufflant un enthousiasme certain. La période d'apprivoisement et d'arrimage des besoins sert justement à valider si l'arrangement est satisfaisant pour l'ensemble des parties.

Une fois que les personnes concernées déterminent que c'est bel et bien le cas, les femmes confient néanmoins qu'il est difficile de faire marche arrière. Les doutes ou les inconforts sont vite étouffés par la joie anticipée de combler le désir d'enfant des parents d'intention.

Mon amie me le répétait souvent : « Si tu veux te rétracter, il n'y a pas de problème. Ce n'est pas grave, je vais t'aimer pareil. Je ne veux pas que tu te sentes obligée ». Ça ne m'a jamais traversé l'esprit, outre que vers la fin, je trouvais...j'étais partagée dans mes sentiments. J'étais contente de faire ça, mais ça me fâchait que le processus soit aussi long. Je ne voulais pas blesser mon amie en lui disant que je voulais mettre une date limite. Je voulais quand même mettre toutes les chances de son côté, pour qu'elle puisse faire un transfert frais. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Les femmes porteuses et les donneuses sont extrêmement sensibles à la souffrance vécue par les mères d'intention qui cumulent souvent plusieurs années de tentatives infructueuses pour concevoir. La peine et la détresse que leur causerait une rétractation amènent les tierces à balayer du revers de la main une telle éventualité. Pour plusieurs, il s'agit même d'une obligation morale.

Pendant neuf mois, les parents ont assumé les coûts de la grossesse, ils se sont mis en tête qu'ils allaient avoir un enfant, ils ont assisté à l'accouchement...pour perdre leur enfant juste après? Voyons, ça serait atroce pour les parents biologiques! La mère porteuse sait dès le départ dans quoi elle s'embarque. Elle ne devrait pas pouvoir reculer à ce moment-là. C'est son devoir. (Virginie, femme porteuse)

Faire preuve de loyauté, honorer sa parole et y rester fidèle sont autant d'attaches émotionnelles qui lient les personnes, qu'elles aient établi une entente conventionnée ou à l'amiable. Pour celles qui ont préparé un contrat, leur signature à la fin du document enchâsse noir sur blanc leur consentement, et fait office d'un verrou ne permettant pas de le révoquer.

I think once you signed those papers, that actually physically start the journey...that's it: there's no way you can change your mind. I don't think it's fair at all for people to change their minds. I couldn't imagine myself getting a surrogate, have the child, and be like: « Oh, by the way, I'm gonna keep it now ». I would be so devastated! I don't know what I would do. (Karen, femme porteuse)

La remise de l'enfant né par GPA est polémique; toutes les participantes se positionnent d'une façon ou d'une autre face la possibilité qu'une femme retire son consentement et garde l'enfant qu'elle a porté pour autrui. « C'est l'ultime tabou », concède Isabelle, évoquant un tel scénario du bout des lèvres. Ce dernier cristallise les plus grandes craintes des mères d'intention et représente un préjugé tenace auquel sont confrontées les femmes porteuses au quotidien. Ces dernières sont d'ailleurs soucieuses de distinguer la remise d'un enfant à ses parents légitimes,

du geste de confier son propre enfant en adoption. Selon elles, l'adhésion au projet parental de départ dans le cas de la GPA ferait en sorte d'éliminer la pertinence d'une période de réflexion de trente jours après la naissance de l'enfant, comme le prévoit le processus d'adoption par consentement spécial au Québec.

Dans le cas d'une femme qui devient enceinte et qui ne sait pas si elle veut garder l'enfant ou non, elle mène sa grossesse à terme et se demande : « Est-ce que je mets cet enfant-là en adoption? ». Là, je vois la pertinence d'une période de réflexion. Mais dans la mesure où une femme s'engage dans un processus pour porter un enfant pour le compte d'autrui, je pense que c'est un *pensez-y-bien avant*, pas une fois que c'est arrivé. (Élise, femme porteuse)

Une période de réflexion après la naissance de l'enfant implique que le consentement de la femme porteuse ne soit pas exprimé qu'au moment de sceller l'entente, mais bien qu'il soit revalidé après l'accouchement. Zoé, une femme porteuse ayant vécu l'expérience à une reprise et qui compte le refaire à nouveau pour le même couple, estime qu'une période de trente jours n'est pas aussi menaçante qu'il n'y paraît. Il s'agit plutôt selon elle d'un aménagement sensible à l'égard du processus de détachement dont pourrait avoir besoin une femme porteuse qui vient tout juste d'accoucher, et chez qui la période postpartum s'avère particulièrement intense en émotions.

Même si je n'ai jamais ressenti ce besoin-là, je pense que le « trente jours » est nécessaire. Oui, ça peut générer beaucoup d'incertitude pour les parents d'intention. Mais pour la porteuse, ça lui donne juste une période pour faire cheminer l'idée au complet. Je ne pense pas qu'elle va vouloir ravoïr le bébé au bout de trente jours, puisque ça fait déjà un mois qu'il vit chez ses parents. (Zoé, femme porteuse)

La majorité des participantes critiquent véhément cette disposition, sous prétexte qu'elle fragilise la relation de confiance qu'elles peinent à construire pendant la grossesse. Les mères d'intention sont d'ailleurs horrifiées à l'idée, plusieurs me confiant que « ça [leur] fait mal dans les tripes juste à y penser ». D'autres soulignent également les risques de chantage et de manipulation que ce flottement quant à la filiation de l'enfant peut entraîner. En cas de mésentente entre les parents d'intention et la femme porteuse, cette période de réflexion pourrait être utilisée par cette dernière pour les forcer à respecter leur entente sur le plan financier, voire même à les extorquer.

Admettons qu'un couple refuserait de rembourser les frais, ne dédommagerait pas mes pertes de salaire, mes frais de stationnement quand je vais aux rendez-vous...là je serais exploitée. Et le 30 jours [après la naissance de l'enfant] pourrait servir à cela, justement : « Rembourse ta facture si tu veux que je signe ». Ça peut aussi amener des mères porteuses à faire du chantage. C'est un risque dont personne ne parle, mais ça existe quand même. (Anne, femme porteuse)

En bref, la question du consentement, sa compréhension mutuelle et son actualisation, est loin de faire consensus. Bien qu'étant au cœur du processus d'enfantement, il est mis à l'épreuve par les dimensions relationnelles qui le traversent et la compréhension du droit chez les femmes concernées. En cas de conflit mettant à l'épreuve le maintien du consentement, son importance est saillante.

7.4.2 Vouloir dissoudre l'entente et mettre fin au projet

Mettre fin à la négociation d'une entente n'est pas une chose aisée, puisque cela revient à retarder, mettre en veilleuse ou carrément annuler un projet d'enfant caressé parfois depuis longtemps par les personnes impliquées, tant les parents d'intention que les femmes porteuses et les donneuses. Si les participantes mentionnent souvent le désistement des tierces, il peut arriver que ce soit les parents qui mettent un terme à l'aventure.

Sur le groupe Facebook, il y en a beaucoup qui disent : « Les filles, quand vous vous proposez comme mère porteuse, soyez donc 100% sûres de votre choix ». Je m'excuse là, mais moi, j'aurais continué. Il en restait des embryons. Moi, je suis prête : je vais vous le donner, votre bébé. Mais non, c'est le couple qui est tanné du processus. Je les comprends parfaitement, mais en même temps, je me suis fait lâcher pareil. (Andréane, femme porteuse)

Chez les futures mères, l'incompatibilité avec la tierce pressentie provoque une remise en question du projet et, de façon concomitante, la possibilité même de devenir mère. Bien qu'elles soient d'une détermination sans faille, les risques sont parfois trop élevés à leurs yeux pour continuer. Ce fut le cas de Judith, une mère d'intention qui a décidé de mettre fin à son premier projet de GPA initié avant celui établi avec son amie d'enfance. Le peu de confiance qu'elle attribuait à cette relation incertaine avec la femme porteuse jusqu'alors inconnue l'a

amené à reconsidérer le processus, sachant qu'elle ne sera pas en mesure de le vivre sainement plus tard.

On est prêts à faire des concessions parce que tu te dis : « Au final, on va avoir un enfant ». Mais après, je me suis dit : « Si elle devient enceinte, elle va pouvoir faire du chantage, parce que nous, on va être prêts à tout pour l'enfant. Notre relation n'est déjà pas authentique ». J'ai dit à mon chum : « On arrête ». [...] La relation de confiance était brisée. J'aurais eu des doutes tout le reste de l'aventure. (Judith, mère d'intention par GPA)

Confrontée à une situation de harcèlement de la part de sa receveuse, Maxine s'est sentie démunie pendant le processus. Étant sur le point de faire la ponction ovarienne, elle a estimé qu'il était trop tard pour reculer, malgré le bris de l'entente et la relation qui s'envenimait depuis plusieurs semaines.

Même si tu viens chez moi – d'ailleurs « *What the fuck? Comment tu as eu mon adresse?* » – « J'ai appelé l'hôpital pour qu'ils me la donnent ». Il y a eu un bris de confidentialité à l'hôpital...en tout cas. J'étais vraiment fâchée. Mais j'ai dit : « Tu sais quoi? J'ai déjà fait le processus, je te donne mes ovules quand même. Je m'en fous de l'argent ». Je sais qu'elle était désespérée, et c'est pour ça qu'elle le faisait. Alors je l'ai fait quand même. C'était plate, parce que je ne me sentais pas bien. Je ne me sentais pas respectée, je faisais quelque chose...par loyauté, plus que par désir. (Maxine, donneuse d'ovules)

Dans un contexte où il est difficile de saisir les tenants et aboutissements de l'ensemble du processus d'enfantement, les femmes se sentent parfois dépossédées de leur pouvoir d'agir. Elles doivent s'en remettre à la parole d'experts, et tenter de naviguer par elles-mêmes à travers les différents systèmes basés sur des règles opaques, voire contradictoires. L'histoire de Jacinthe exemplifie ces marqueurs d'influence qui parsèment la route de la procréation assistée. Désireuse de vivre à nouveau une grossesse aux côtés d'une sage-femme, elle se réjouissait de porter l'enfant d'un couple d'amis en tant que femme porteuse. Son rêve a soudainement pris une tournure cauchemardesque lorsqu'elle a appris qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire.

Chose qui ne devait pas arriver : l'embryon s'est divisé en deux. Ça, la médecin ne m'en avait jamais parlé. L'avocate ne m'en avait pas parlé et la psychologue non plus. Mais moi, je n'aurais jamais accepté de le faire en sachant cela. Ça a été le début du cauchemar. Je tombais automatiquement en grossesse à risque : suivi médical. Pour eux, c'était le rêve de leur vie. D'emblée, pour eux, j'étais pour accepter ça. J'avais signé leur contrat, donc j'étais à eux. (Jacinthe, femme porteuse)

Bien que le projet ne correspondît plus à ses besoins et à ses attentes, Jacinthe s'est tout de même résout à poursuivre la grossesse pour ne pas décevoir ses amis et détruire leur projet d'enfant. Qui plus est, le contrat qu'elle avait signé l'empêchait selon elle de mettre fin au projet sans l'accord des parents d'intention. Au fil des jours, la grossesse a toutefois entraîné chez elle un inconfort tenace, faisant émerger une détresse physique et émotionnelle qui affectait son fonctionnement social. Étant mère monoparentale, elle ne pouvait pas se permettre d'être moins présente pour ses enfants. Elle a alors exploré la possibilité de procéder à une réduction embryonnaire, une option qui s'est néanmoins avérée impossible à concrétiser. Il ne lui restait plus que l'interruption volontaire de grossesse comme solution.

Je leur ai dit : « Si je ne peux pas avoir la réduction embryonnaire, je mets fin à la grossesse ». Il me dit : « Ne fais pas ça, tu vas le regretter toute ta vie. Tu vas tuer nos enfants ». (Jacinthe, femme porteuse)

Exacerbées par les propos de la mère et du père d'intention, la culpabilité et la peur ont longtemps rongé Jacinthe, affectant sa santé mentale. N'ayant personne de confiance dans son réseau pour la guider à travers cette épreuve et la réconforter, elle s'est sentie énormément isolée. Elle a dû elle-même se dépêtrer dans les dédales du système de santé et s'enquérir des recours légaux possibles, pour finalement réaliser que les poursuites judiciaires auxquelles elle croyait s'exposer par son geste n'étaient pas avérées.

Les minutes jouaient contre moi, parce que la grossesse avançait. J'ai appelé la médecin. On m'a dit : « Tu ne peux pas venir chercher un papier pour une réduction embryonnaire si tu n'es pas avec la mère d'intention, parce que vous avez une entente ». [...] Même l'avocate m'a dit : « Mes deux nièces en ont eu des jumeaux, il n'y a rien là! Pourquoi ne continues-tu pas le projet? » [Soupir de frustration] J'ai appelé deux autres avocats qui m'ont confirmé que le contrat était frappé de nullité absolue. On me confirmait que j'avais bel et bien des droits! Malgré tout ce que je vivais de bouette, j'étais en charge de moi-même. Peu importe ce que je fais, ils ne peuvent pas revenir contre moi. (Jacinthe, femme porteuse)

La faculté à consentir est mise à l'épreuve tout au long du processus d'enfantement. Les expériences vécues par Maxine et Jacinthe montrent qu'elles ont été faussement renseignées sur leurs droits et, en l'absence de ressources de soutien, se sont retrouvées très isolées. Il ne s'agit donc pas uniquement d'une décision personnelle, puisque s'engager dans un projet de procréation assistée se produit au sein de contextes d'action qui exercent des pressions

structurelles constantes. Ces derniers s'entremêlent pour former une toile, dont les fils sont parfois entremêlés, distendus ou, au contraire, extrêmement rigides. Les femmes, telles des funambules, marchent en équilibre sur ces fils sans harnais de sécurité.

Le processus est vraiment intense. Tu es vraiment soumise à la bonne volonté de la receveuse. Il y a plein d'éléments qui te rendent vraiment vulnérable, dans le fond, sur lesquels tu n'as pas de contrôle. La clinique qui fait les traitements ne te donne pas de soutien. Je ne me sentirais pas en sécurité de le refaire, émotionnellement et physiquement non plus, parce qu'il n'y a pas de suivi. Je trouve que c'est vraiment mal encadré. Encore une fois, on laisse de côté une problématique qui touche profondément les femmes et leur système reproducteur. On se déresponsabilise en disant : « Ça n'existe pas », alors que c'est au CŒUR de la procréation assistée. (Maxine, donneuse d'ovules)

Je veux que les gens sachent d'entrée de jeu que ça peut arriver. Pas juste se dire que tout est beau. Non, ça peut virer en guerre avec les parents d'intention. Mais je ne veux pas que ça mette des bâtons dans les roues pour les belles histoires. Je veux par contre que les gens soient au courant. Et je veux que ceux qui vivent des moins beaux côtés puissent en parler et obtenir de l'aide. (Jacinthe, femme porteuse)

En somme, la dissolution d'une entente et le retrait du consentement sont difficiles à concrétiser. Les résistances émotives, particulièrement les sentiments de culpabilité et de loyauté qui habitent les femmes, montrent le caractère relationnel du processus qui va bien au-delà des conventions notariées entre deux parties. Les dispositifs du droit et de la médecine, par les conseils juridiques des avocats et les interventions cliniques de l'équipe médicale, semblent néanmoins être à l'avantage des parents d'intention dans certaines circonstances. Pour autant, les difficultés rapportées par les femmes elles font également état de leur résilience. D'autres participantes évoquent pour leur part les conditions favorables et les pratiques mises en place pour surmonter les écueils.

7.4.3 Conditions favorables et pratiques prometteuses

La majorité des femmes que j'ai rencontrées estiment avoir vécu une belle expérience. Si elles naviguent parfois à l'aveugle dans le processus, certaines conditions gagnantes leur ont tout de même permis d'y voir plus clair. La chance n'a rien à y voir, selon elles, puisque la clé du succès réside dans la construction de lien de confiance et la qualité de la relation.

Tout le monde me disait : « Tu as été chanceuse ». J'étais comme : « Sais-tu quoi? Oui, mais non ». Cela s'est bien passé parce qu'on s'est bien préparé toute la gang. Juridiquement et psychologiquement, on s'était bien préparés. Il y a une façon adéquate de le faire. Il y a peut-être un élément de chance, mais j'ai quand même travaillé là-dedans. Il y a beaucoup de compromis qui ont été faits. Énormément de communication et d'ouverture à l'autre, autant de mon côté que celui des parents. La relation de confiance, c'est quelque chose qu'il faut construire. Il y a des tensions inévitables des fois. C'est vraiment un processus qui se vit une journée à la fois avec de l'appui, au besoin. (Claudine, femme porteuse)

Construire une belle relation ne signifie pas être ou devenir de meilleures amies. Il s'agit plutôt de nourrir un respect mutuel, où les besoins, les attentes et les limites de chacune sont clairement énoncés. Le partage de valeurs et d'une vision commune en représente le socle relationnel, de même que le souci du bien-être de l'autre. Virginie parle d'ailleurs d'une forme d'amour pour l'autre, pour soi et pour l'enfant à naître.

C'est important que le couple et la mère porteuse aient les mêmes valeurs. S'ils ont des attentes, de tout de suite mettre au clair le plus rapidement possible et d'en discuter ouvertement. Mais c'est vraiment ça : il faut que ça clique. C'est quand même une vie qui se crée. Il faut qu'il y ait des liens, il faut qu'il y ait de l'amour. (Virginie, femme porteuse)

Dans le même ordre d'idées, plusieurs femmes recommandent de garder en tête la souplesse du processus, sachant qu'il est inévitablement parsemé de surprises. Dans ce contexte, faire preuve de rigidité n'est pas synonyme de robustesse, puisque la relation se solidifie paradoxalement grâce à la flexibilité des personnes. À cela, Marilyne ajoute que le respect mutuel est primordial, mais que le bien-être de la femme qui porte l'enfant et assume les risques de la grossesse doit tout de même primer.

À peu près tout sur quoi on s'était entendus s'est transformé en cours de route. C'est ce que je voudrais dire aux mères porteuses et aux couples qui veulent un enfant : « Oui, il y a une entente, mais laissez-vous des portes ouvertes de discussion. Parce que ça se transforme ». Ne pas mettre les choses figées, c'est important. Respecter la femme. Et la femme doit respecter les parents aussi. Mais c'est à elle qu'elle doit penser en premier. (Marilyne, femme porteuse)

Enfin, comme l'explique Patricia, l'accord du conjoint n'équivaut pas à un soutien de sa part. Une telle distinction est importante, puisque, si le premier est essentiel selon elle, le second fait définitivement la différence dans l'expérience globale de la femme porteuse.

Il faut que tu sois vraiment sûre de ton coup et que ton conjoint soit vraiment à 100% avec toi là-dedans. Même s'il te dit : « Ça ne me dérange pas, fais ce que tu veux », ce n'est pas pareil que : « Oui, j'embarque avec toi ». Ce n'est pas la même chose. Parce que « Ça ne me dérange pas, fais ce que tu veux », cela ne veut pas dire qu'il va être là pour te soutenir quand tu vas en avoir besoin. Mon conjoint n'a jamais eu autant à s'occuper de moi que pendant cette grossesse-là, même si ce n'était même pas pour nous. (Patricia, femme porteuse)

En bref, la combinaison d'un cadre légal jugé adéquat comme c'est le cas dans certaines provinces et le partage en toute transparence des attentes représentent pour les femmes les gages de succès pour une négociation satisfaisante.

7.5 Résumé du chapitre

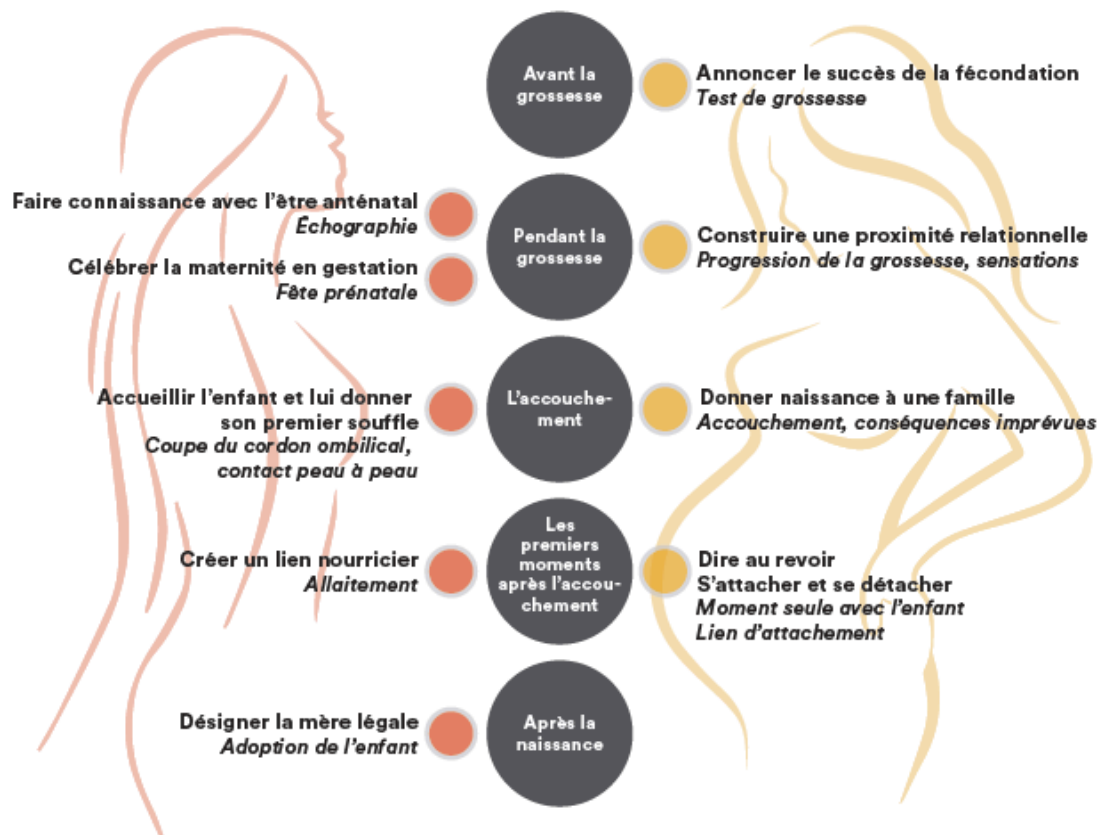
Contrairement aux idées reçues, les femmes porteuses et les donneuses d'ovule ont réfléchi aux tenants et aboutissants de leur démarche. Néanmoins, la cueillette d'informations et l'évaluation de leur qualité s'avèrent hasardeuses, considérant la confusion entraînée par l'amalgame approximatif des cadres normatifs que sont le droit, la médecine et l'État. Qui plus est, le flou juridique actuel entourant la GPA et le don d'ovules provoque une brèche dans laquelle s'engouffrent les agences, les cliniques et les cabinets d'avocat pour en réguler les pratiques. À cela s'ajoutent les dynamiques relationnelles qui lient les personnes entre elles. La faculté à consentir au projet d'enfantement est alors embrouillée par ces multiples facteurs d'influence.

Chapitre VIII. Leur enfant, sa grossesse

Ritualiser l'enfantement pour faire face à l'incertitude

Suite à la négociation de l'entente entre les parties, le mouvement de *mise en pratique* de la médiation procréative emprunte deux avenues distinctes, l'une pour la gestation pour autrui et l'autre pour le don d'ovules. Dans ce chapitre, j'analyse les cinq temps qui caractérisent le processus d'enfantement avec l'aide d'une femme porteuse, de l'annonce de la fécondation à l'adoption de l'enfant par la mère d'intention. Pour ce faire, je puise dans les récits des quinze femmes porteuses et des sept mères d'intention ayant été impliquées dans un processus de GPA rencontrées dans le cadre de ma recherche.

Figure 7. Les cinq temps de l'enfantement ritualisé par gestation pour autrui



Porter un enfant pour autrui n'est pas un geste circonscrit à l'accouchement seulement, mais englobe une série de moments qui s'échelonnent sur plusieurs mois, voire plusieurs années lorsque de multiples tentatives sont nécessaires avant que la fécondation soit finalement couronnée de succès. Il s'agit donc d'un voyage au long cours parsemé d'expériences fortes en émotions, comme le précise Isabelle :

Ils appellent cela « *a journey* » à l'agence. En effet, je pense qu'on vit une aventure qui est assez exceptionnelle, qui dure plusieurs mois. Je ne pensais pas que cela apporterait autant de bonheur. C'est excitant, mais c'est stressant en même temps. Cela fait vraiment peur. C'est de l'incertitude, mais on le vit ensemble et on a le même objectif. (Isabelle, femme porteuse)

La question du lien de confiance y est centrale. Ayant porté l'enfant d'un couple d'amis, Patricia estime que ce lien se construit avant même la grossesse proprement dite, soit au moment de la négociation de l'entente. Selon elle, la gestation pour autrui est une pratique qui recoupe le désir d'enfant des parents d'intention et l'attrait pour la grossesse de la femme porteuse, un processus relationnel au cours duquel les attentes et les besoins de chacune sont médiés.

Je pense que c'est important d'avoir un bon lien avec les parents. Il y en a qui, à l'inverse, préfèrent le faire pour des inconnus. Ce qui importe, c'est d'être à l'aise en tous points avec eux et de t'assurer que tu vas te faire respecter. Parce que, oui, c'est *leur* bébé, mais c'est *ta* grossesse. (Patricia, femme porteuse)

L'établissement d'un lien de confiance entre les membres de la triade se bute à l'angoisse des mères d'intention que la femme porteuse garde l'enfant et ne leur remette pas comme convenu. Habitues à être celles qui tiennent les rênes du projet depuis le début de leurs démarches en clinique de fertilité, elles doivent désormais se placer aux côtés d'une autre femme et lui confier la tâche de mener à terme la grossesse et concrétiser leur rêve d'enfant. Cette transition de rôle chez les mères implique un certain lâcher-prise de leur part, ce qui n'est pas sans générer une certaine anxiété qui émerge en filigrane de leur expérience. Sofia, une mère d'intention dont l'enfant a été porté par une amie, en résume ici les grandes lignes :

La plus grosse crainte à nous, les mères : « Est-ce qu'elle va changer d'idée? Est-ce qu'elle va faire attention à notre bébé pendant qu'elle va être enceinte? ». On en revient toujours à la relation de confiance. Même si tu penses connaître une personne, dans son quotidien, tu n'es pas là pour la surveiller. Et à la naissance, c'est *elle* la mère, pas moi. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Étant donné le contexte actuel entourant l'issue toujours incertaine d'un projet de GPA, les femmes concernées mettent en place des rituels pour consolider leur relation et ainsi faire face à l'incertitude. Au-delà de leur portée symbolique, ces rituels ont un apport structurant, puisqu'ils permettent aux mères d'intention et aux femmes porteuses de définir leur rôle respectif, d'en établir les frontières et de les reconnaître mutuellement. Chaque rituel est ainsi porteur de sens, ce qui peut à la fois fortifier la relation, mais aussi la fragiliser si les femmes ne sont pas au même diapason ou si leurs réactions ne sont pas à la hauteur de leurs attentes respectives.

8.1 Avant la grossesse

La mise en pratique de la GPA débute par la fécondation. Bien que les femmes porteuses s'estiment très fertiles et ont toutes vécu de belles grossesses sans complication, il arrive que la première tentative se solde tout de même par un échec. La tristesse du couple s'ajoute alors à la déception de la femme porteuse de ne pas avoir été en mesure de devenir enceinte « du premier coup », ajoutant une pression supplémentaire sur ses épaules pour éviter que cela se reproduise. Andréane, une femme porteuse ayant proposé ses services à couple contacté par l'entremise d'un groupe Facebook, raconte :

Je n'avais pas d'embryon. J'avais la poche, mais je n'avais pas le sac vitellin. Ils m'ont dit : « On va te donner des médicaments, ça va provoquer la fausse-couche ». C'est quatre petits comprimés. Tu t'en vas chez vous et tu attends tes règles. Dans la nuit, j'ai commencé à avoir des crampes, un peu comme des contractions. [...] Le plus dur pour moi, ce n'était pas la douleur physique, c'était quand on est revenus de l'échographie : j'étais assise à l'arrière, et j'ai vu dans le rétroviseur que le papa conduisait avec les yeux pleins d'eau. Il pleurait. C'était plus de voir leur peine, qui me faisait mal. (Andréane, femme porteuse)

En cas de succès de la fécondation, les femmes porteuses sont les premières à connaître le résultat du test de grossesse. Elles sont ainsi les dépositaires, de même que les messagères du résultat.

8.1.1 Annoncer le succès de la fécondation

Fébriles, plusieurs femmes porteuses ont saisi l'occasion d'annoncer la bonne nouvelle en faisant une belle surprise aux membres du couple. Envoi d'une photo par messagerie texte, appel téléphonique – et même un télégramme chanté – sont autant de procédés utilisés par les participantes pour leur révéler que leur rêve de devenir parents allait enfin se réaliser, que le projet réunisse des amis (comme c'est le cas de Marilyne) ou des personnes jusqu'alors inconnues mises en contact grâce à une agence (Rachel) :

J'ai fait une pancarte, où il était écrit : « Bébé [noms de famille des pères] est rendu dans le bedon de marraine ». Avec un petit toutou. J'ai pris une belle photo. Et là je les ai appelés. Je leur ai fait une belle surprise. L'un riait, et l'autre braillait, c'était drôle! [rires] (Marilyne, femme porteuse)

Elle avait pris des photos du test, puis elle avait fait une grande affiche avec ses deux filles, qui disait : « Tu vas être mère pour Noël », ou quelque chose comme ça. Comme cadeau de Noël, on t'apprend que tu vas être mère! (Rachel, mère d'intention par GPA)

L'annonce du succès de la fécondation représente le premier rituel qui ponctue le processus, un moment pendant lequel les femmes porteuses sont les actrices principales de la mise en scène. Pour Claudine, ce fut aussi l'occasion de prendre conscience que son geste à des ramifications beaucoup plus vastes que celles envisagées au départ. Donner le cadeau de la maternité à une autre femme permet en corolaire d'offrir celui de la grand-maternité.

Elle [la mère d'intention] a téléphoné à sa mère pour lui annoncer la nouvelle, qui a demandé à me parler. Je n'avais jamais parlé avec elle. Ça m'a rentré dedans. Je savais que j'allais rendre des parents heureux, mais je n'avais pas pensé à la famille élargie; la grand-mère qui n'avait aucun petit enfant. Elle m'a dit : « Tu ne sais pas à quel point je suis contente. Je veux que tu saches que depuis le début, j'allume un lampion et je fais une prière pour toi tous les soirs ». Cela m'avait vraiment touchée. [...] J'ai eu une espèce de prise de conscience à ce moment-là que mon geste apportait du bonheur, par juste aux parents, mais à toute une communauté. (Claudine, femme porteuse)

« L'avant » comme premier temps de l'enfantement évoque l'anticipation des personnes concernées, puis le dévoilement de l'amorce concrète du projet. Les femmes porteuses y sont à l'avant-plan, puisque leur corps enceint est le socle du processus. Cela met en lumière leur engagement actif dans le processus, mais aussi les espoirs et les attentes que les parents d'intention et leur entourage placent en elles.

8.2 Pendant la grossesse

Si l'annonce provoque des pleurs de joie chez plusieurs mères d'intention, certaines évitent néanmoins de laisser libre cours à l'allégresse par crainte d'être déçues. Cumulant souvent des dizaines d'essais infructueux en clinique de fertilité, elles connaissent bien la souffrance entraînée par une fausse-couche; leur chair et leur cœur étant souvent marqués du fer rouge de l'infécondité. Elles veulent alors se prémunir en érigeant une barrière de sécurité émotionnelle pour éviter de « trop y croire » et de se faire de faux espoirs. Cette prudence de leur part fait en sorte qu'elles attendent parfois longtemps avant de s'investir pleinement dans la grossesse aux côtés de la femme porteuse. Pour cette dernière, cette attitude se pose en décalage avec l'image fantasmée d'une relation sororale avec la mère d'intention.

Eux, de leur côté, ils avaient tellement vécu de déceptions, de rejets, de fausses couches, qu'ils ne se sont fait aucune attente envers la grossesse. [...] Ils ne voulaient pas s'attacher. La façon dont eux se sont détachés pour ne pas être blessés a fait en sorte que moi, j'ai vécu la grossesse un peu plus seule. Ce que je voulais comme relation avec la mère, je ne l'ai pas vécu pour vrai. (Virginie, femme porteuse)

Devenir mère sans donner naissance engendre aussi l'impression trouble chez les femmes concernées d'endosser un rôle de père. Malgré leur implication assidue pendant les neuf mois de la grossesse, leur maternité reste désincarnée et se distingue résolument de celle des autres femmes. À ce propos, Sofia témoigne du caractère abstrait de l'attente, qu'elle associe à l'expérience masculine du devenir parent.

Je voulais vivre le plus possible la grossesse, même si ce n'était pas moi qui le portais. Je me sentais vraiment comme un père. Je ne l'ai pas vécu comme une femme dans le sens où...il fallait que j'attende que le bébé naisse avant de voir que c'était vraiment concret. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Ces deux constats préalables mettent la table pour le reste de l'expérience de grossesse. Se déployant sur plusieurs mois, le deuxième temps de la GPA s'avère une période charnière de la mise en relation entre les personnes concernées.

8.2.1 Faire connaissance avec l'enfant en devenir

Ayant confié la responsabilité à une autre femme de porter leur enfant, les mères d'intention veulent tout de même contribuer à son développement de toutes les manières possibles et imaginables. Or, elles se rendent rapidement compte que leur marge de manœuvre est somme toute limitée, et qu'elles doivent s'en remettre à la femme porteuse pour suivre les aléas de la grossesse. Les rendez-vous médicaux sont autant d'occasions pour elles de jouer un rôle plus actif, leur permettant de consolider leur identité de mère en devenir.

Je trouvais important que je sois là. Si ça avait été moi qui étais enceinte, j'aurais été présente à chacun des rendez-vous. Je me disais : « Je dois être là, c'est mon enfant ». C'était la seule chose que je pouvais faire concrètement pour me relier à la maternité. (Judith, mère d'intention par GPA)

Les échographies sont des moments privilégiés pour faire connaissance avec le bébé en devenir. Voir le fœtus en gestation sur l'écran est un épisode émotionnel relaté avec moult détails, tant par les mères d'intention que les femmes porteuses. Élise, une femme ayant vécu une grossesse pour une amie d'enfance, raconte cet épisode marquant :

La première échographie à huit semaines était définitivement la plus émouvante. On regardait l'écran, elle me tenait la main et on pleurait toutes les deux. C'était comme : « Là, c'est vrai, tu peux y croire, tu peux savourer ça ». J'étais contente qu'ils puissent enfin le voir. Moi, je sens des affaires, mais je ne peux pas transférer le ressenti. Là, il y avait un élément visuel qui nous permettait d'avoir en même temps la même image de ce qui se passe. Il y avait une espèce de... pas d'égalité, mais c'était plus *fair* comme ça. On partageait le même moment, et je n'avais pas plus d'avantages qu'eux autres. Tout le monde était sur le même pied d'égalité. (Élise, femme porteuse)

Comme l'explique Élise, l'échographie est un point de rencontre permettant de rediriger l'attention et les regards, non plus sur le ventre de la femme porteuse, mais sur un écran. L'instant d'un rendez-vous d'une vingtaine de minutes, les membres de la triade sont tous et toutes à la même distance et au même niveau, la femme porteuse n'étant plus la seule détentrice

de l'information concernant le fœtus. Moment privilégié s'il en est, les mères d'intention chérissent ce contact interposé avec leur futur bébé, et souhaitent renouveler l'expérience chaque fois que cela est possible. À ce propos, Élise ajoute :

On avait déjà un rendez-vous pour 36 semaines. J'ai dit à ma gynécologue : « Le rendez-vous n'est pas vraiment nécessaire ». Puis j'ai regardé [prénom de la mère d'intention] et j'ai dit : « Mais pour toi, il l'est ». Et elle a dit : « Évidemment! ». C'était son prochain moment privilégié pour voir son bébé. Dans sa tête, c'était : « *No way* qu'on annule le rendez-vous! ». J'ai compris à ce moment-là à quel point l'échographie était précieuse pour elle; ça lui donnait un accès plus direct et plus concret à son bébé. (Élise, femme porteuse)

L'image échographique permet aussi de connaître le sexe du bébé. Lors du rendez-vous du deuxième trimestre de la grossesse, les femmes porteuses déploient encore une fois plusieurs stratégies pour surprendre les parents d'intention. Elles sont ainsi des actrices engagées dans un travail relationnel de longue haleine avec eux; leur rôle ne se résume pas strictement à l'aspect gestationnel ou à l'acte de parturition, mais comporte différentes facettes qui sollicitent leurs qualités et leurs aptitudes en relations humaines. À chaque fois, les retombées sont doubles : vivre ensemble un moment de réjouissance qui les rapproche de leur but commun d'enfantement, mais aussi consolider la relation en clarifiant l'attribution des rôles de parents et de tierce. Geneviève et Andréane, deux femmes ayant porté un enfant pour des couples jusqu'alors inconnus (la première par l'entremise d'une agence, et la deuxième par le biais d'un groupe Facebook), partagent leur anecdote :

Je les ai emmenés pour une échographie surprise. Je leur ai bandé les yeux avant d'arriver à la clinique. Je leur ai débandé les yeux devant la porte de l'échographie. Les deux se sont mis à brailler : « Mon Dieu, tu n'as pas fait ça pour de vrai! On va voir notre bébé! ». [...] On l'a vu tout de suite : « C'est une fille! ». On capotait toute la gang. « C'est tellement le plus beau cadeau que tu pouvais nous faire ». Ils étaient vraiment sous le choc. J'étais pas mal fière de mon coup [rires]. (Geneviève, femme porteuse)

Je m'étais arrangée avec le médecin pour leur faire la surprise. [...] Au resto, je leur ai donné un cupcake pour leur annoncer le sexe du bébé. J'avais fait faire des petits cupcakes soit fourré rose pour une fille, soit fourré bleu pour un gars. Pour l'occasion, j'avais mis mon chandail : « Je ne suis pas la maman, je suis la cigogne ». (Andréane, femme porteuse)

Pendant les suivis de grossesse, les parents d'intention et la femme porteuse ne sont pas seuls; plusieurs examens et tests de dépistage sont exécutés par différents professionnels de la santé. Ces derniers doivent désigner leur interlocutrice, c'est-à-dire la patiente lors de ces rencontres prénatales, dans un contexte où trois personnes sont présentes et impliquées dans le projet de GPA.

Par les standards de soins et leurs pratiques professionnelles, les intervenants contribuent à la dynamique relationnelle de la triade, en incluant ou en excluant l'un ou l'autre de ses membres.

[Lors des rencontres] j'ai le droit d'être accompagnée juste par une personne. Nous, on insiste : « Je veux bien, mais à choisir entre les deux parents, j'aime mieux que vous preniez les deux et moi je ne serai pas là » [rires]. Je fais toujours ça comme *joke*, pour leur faire comprendre l'histoire. J'essaie de rediriger le médecin vers les parents. C'est sûr que les questions techniques – as-tu des nausées, la prise de poids et tout ça, c'est à moi – mais tout le reste, je veux que ce soit vraiment eux autres. (Élise, femme porteuse)

En redirigeant les professionnels vers les parents, les femmes porteuses participent activement à situer le couple au centre de l'intervention, plutôt qu'en marge. En outre, les termes d'adresse utilisés par le personnel sont importants aux yeux des mères d'intention, puisqu'ils légitiment leur projet parental et valident publiquement leur identité maternelle. À cet égard, Sofia a particulièrement apprécié la sensibilité de la sage-femme qui a accompagné le processus d'enfantement qu'elle vivait aux côtés de son amie enceinte :

À la clinique, ils me désignaient comme la mère d'intention, mais la sage-femme disait que c'était moi la maman. Ce n'est pas moi qui le porte, mais on est les trois là-dedans et c'est notre projet à nous. Elle me faisait vraiment sentir comme la *maman*, pas juste une mère d'intention. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Si les pratiques déployées par les professionnels peuvent contribuer au sentiment d'inclusion des mères d'intention, elles peuvent aussi avoir l'effet contraire et court-circuiter les efforts de la femme porteuse. À ce propos, Isabelle raconte une période particulièrement stressante du suivi avec sa sage-femme au cours de laquelle cette dernière tentait d'exclure la mère d'intention dans le but de « protéger » la femme porteuse.

La sage-femme pensait que la mère décidait tout, qu'elle me contrôlait. Mais moi, je voulais donner l'espace à la mère pour qu'elle pose ses questions, pour qu'elle prenne sa place. La sage-femme ne comprenait pas, c'est comme si j'étais la seule patiente. Elle disait que c'était à moi de décider. Elle aurait dû inclure la mère. C'était dur pour elle, elle se sentait laissée de côté. Moi, j'étais entre les deux à la fin de la grossesse. C'était stressant. (Isabelle, femme porteuse)

La posture des professionnels et l'adaptation de leurs pratiques aux réalités de la GPA à une incidence certaine sur la dynamique relationnelle entre les personnes concernées, pouvant soutenir le déploiement d'une saine relation ou, au contraire, créer des tensions.

8.2.2 Construire une proximité relationnelle

S'engager dans un processus d'enfantement ne s'accompagne pas d'un mode d'emploi. La proximité relationnelle entre les personnes impliquées ne peut pas être forcée ni contrainte, mais son émergence fait certainement partie de la nature du projet. Pendant la grossesse, les femmes porteuses endossent d'ailleurs un rôle de facilitatrices pour fortifier le lien d'attachement des parents d'intention envers leur enfant, contribuant par le fait même à tonifier la complicité mutuelle entre elles et le couple. Transmettre en mots le ressenti et les affects de la grossesse n'est toutefois pas une chose aisée, puisqu'il s'agit d'une expérience corporelle et intime parfois difficile à décrire.

La complicité s'est tricotée tranquillement entre nous. J'étais pressée qu'elle sente le bébé et je voulais l'impliquer beaucoup, à chaque fois. Tu te rends compte qu'il y a forcément des limites à ce que tu peux faire quand tu portes le bébé d'une autre. Ce n'est pas évident à expliquer. (Élise, femme porteuse)

La construction de cette proximité relationnelle passe par la communication. Elle suppose une transparence et une franchise, de même qu'un respect des limites et des besoins d'autrui. La proximité physique, quant à elle, s'installe tranquillement, au gré de l'évolution de la relation et des personnes en présence; les contacts physiques étant plus fréquents entre la mère d'intention et la femme porteuse, ou encore entre cette dernière et un couple gai. Dans le cas des couples d'intention hétérosexuels, le père « se garde toujours une petite gêne », remarque Claudine, puisqu'une telle proximité entre un homme hétérosexuel et une femme qui n'est pas sa conjointe demeure rare.

Cette observation fait écho à l'expérience de Judith, qui relate ici la dynamique installée avec son amie ayant porté son enfant :

En dernier, on avait une proximité physique; j'étais tout le temps en train de toucher son ventre. Au début, je lui demandais, mais il y a des fois où j'étais assis et elle prenait ma main et la mettait sur sa bedaine en me disant : « Tu mets ta main quand tu veux, et tu l'enlèves quand tu veux ». [...] Je sais que pour mon chum, c'était très différent. Pour lui, c'était une autre femme que moi, donc ce n'était pas...Il disait : « Je vais prendre le bébé quand elle sera là ». Mais pour moi, c'était vraiment important de la sentir bouger. (Judith, mère d'intention par GPA)

La construction de la relation entre la femme porteuse et le couple d'intention implique de trouver la « bonne » distance et d'ajuster ses comportements en conséquence. La proximité géographique est un élément de contexte avec lequel les membres de la triade composent depuis le début, ce qui leur permet de connaître à l'avance les dates des rencontres en personne et de s'y préparer, notamment les rendez-vous de suivi médical, par exemple. Grâce aux technologies de la communication, cette « bonne distance » est néanmoins plus difficile à cerner. Les médias sociaux, la messagerie texte ou la visioconférence permettent en effet des contacts en ligne ou téléphoniques à tout moment. Les attentes des personnes concernant leurs usages sont rarement sujettes d'une discussion explicite.

Je ne voulais pas être tannante, trop impliquée. Je ne voulais pas l'étouffer. Je me disais : « Tu l'as choisie, *that's it*. Éloigne-toi un peu ». Elle, elle est occupée aussi avec ses enfants. Je la textais, mais pas à tous les jours. Comme ça, elle pouvait me répondre quand ça lui adonnait. (Rachel, mère d'intention par GPA)

On s'écrivait tous les jours. J'aurais aimé qu'elle me dise tous les petits désagréments que le bébé lui causait. Je ne voulais pas que le bébé soit un désagrément pour elle, mais je voulais le savoir quand même s'il bougeait trop. Je ne sais même pas ce que cela m'aurait donné de savoir ça, mais on dirait que je ne voulais pas qu'il soit un poids pour elle, même si oui, il était un poids! [rires]. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Par un texto matinal du type : « Bon matin! As-tu bien dormi? J'espère que bébé ne t'a pas tenue éveillée toute la nuit en donnant des coups de pied! » ou l'envoi d'une photo de son ventre prise devant le miroir, les femmes créent entre elles des petits rituels quotidiens pour s'informer et se tenir au courant de l'évolution de la grossesse. Comme l'explique Sofia dans l'extrait précédent, les mères d'intention veulent s'imprégner par procuration de l'expérience de

la gestation. Les femmes porteuses, quant à elles, souhaitent que les mères se sentent impliquées le plus possible dans le projet. Bombardées de questions de toutes parts, les femmes porteuses doivent aussi conjuguer avec l'enthousiasme et l'impatience des parents d'intention, mais aussi de toutes les personnes qui gravitent autour des deux familles.

Ce que j'ai trouvé le plus difficile à la fin de cette grossesse-là, c'est vraiment de porter l'attente et l'impatience, non seulement la mienne, mais celle de tous les gens autour. Quand tu portes ton propre enfant, tu portes ton impatience, mais on dirait que les gens sont plus discrets. Là, je portais l'impatience des parents, des futurs grands-parents, de mes propres parents, puis de mes enfants. Tout le monde me posait des questions. (Élise, femme porteuse)

À l'instar des défis de la « bonne distance » concernant la fréquence des contacts, les enjeux de reconnaissance amènent aussi des ajustements entre les femmes sur le plan relationnel. Soucieuses de témoigner leur gratitude éternelle à celle qui porte leur enfant, les mères d'intention n'hésitent pas à la remercier abondamment lors de leurs petits rituels quotidiens. Bien qu'elle soit nimbée de bonnes intentions, cette récurrence rend les femmes porteuses inconfortables, qui ne savent pas comment y répondre à la longue sans avoir l'air ingrate ou désintéressée.

Elle était pleine de reconnaissance. Elle me disait tout le temps « Merci ». À un moment donné, je lui ai dit : « Je ne sais plus comment te répondre ». Parce que peu importe ce qu'elle allait me dire, tout ce que j'étais capable de lui répondre, c'est : « Ça fait plaisir », et pas avec cent points d'exclamation. J'étais mal à l'aise avec tout cela. (Patricia, femme porteuse)

Sans surprise, différents événements peuvent survenir pendant la grossesse et mettre à l'épreuve le lien de confiance en construction. Une maladresse ou une attitude qui dérange peut envenimer la relation et créer des tensions. Aux yeux de quelques mères d'intention, certains moments privilégiés faisant partie de la préparation à la parentalité – aller magasiner dans les boutiques, faire des achats pour le nouveau-né tant attendu et préparer la chambre d'enfant – doivent être réservés pour le couple, sans la présence de la femme porteuse. La question du territoire maternel est saillante, confrontant « ce qui appartient » à la mère d'intention et « ce qui n'appartient pas » à la femme porteuse. Élisabeth raconte :

On est allés au Salon maternité-paternité, sans elle. Elle était fâchée. On lui a dit : « C'est la seule chose qu'on peut vivre en couple. On aimerait ça choisir nos affaires ». Elle voulait choisir avec nous autres, elle voulait acheter notre linge de bébé avec nous. Je trouvais qu'elle s'appropriait beaucoup de la grossesse. Je trouvais que c'était trop. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

Les membres de la triade mobilisent leurs capacités à communiquer leur désaccord ou leur insatisfaction, dans le but de résoudre le conflit ou dénouer l'impasse. Dans certaines situations, toutefois, les épreuves rencontrées sont hors de leur contrôle, causant une perte de repères et mettant à rude épreuve le lien de confiance. L'expérience du deuil en est un exemple.

8.2.3 Lorsque le deuil périnatal ébranle le lien de confiance

Le deuil périnatal est un véritable impensé de la gestation pour autrui. Il s'agit néanmoins d'une épreuve bouleversante qu'une mère d'intention et une femme porteuse m'ont toutes deux relatée lors de leur entrevue individuelle. Malgré la projection de divers scénarios lors de la négociation de leur entente, la fausse couche tardive n'a jamais été envisagée par les femmes concernées comme une éventualité à laquelle se préparer.

Quand tu embarques dans le projet [de GPA] et que tu lis les histoires sur les réseaux sociaux, c'est tout beau. Tu te dis : « J'ai eu trois belles grossesses, il n'y en aura pas de problème ». Non, tu n'y penses pas. Ce n'est pas dans les scénarios que tu te fais au début, crissement pas. C'est déjà dur d'apprendre toi-même que tu as un bébé décédé en toi, il faut en plus que tu gères deux personnes que tu ne connais pas vraiment. (Andréane, femme porteuse)

L'imprévisibilité du moment secoue d'autant plus les membres de la triade. D'un processus d'enfantement synonyme de vie, on passe brusquement à la mort d'un être désiré et attendu et aux rituels entourant le deuil. Andréane, la femme porteuse, a été aux prises avec un fort sentiment de culpabilité devant cet « échec » ayant mis fin au projet parental du couple qu'elle désirait pourtant aider. Élisabeth, la mère d'intention, a été tout aussi désemparée face à la fausse couche.

Je me suis dit : « *Criss*, je ne le sens pas bouger. Ce n'est pas bon ». [...] Et là, j'apprends que...et bien, la grande, tu restes ici : tu accouches! Puis là, tu te dis : « Je ne voulais pas être une porteuse pour vivre ça moi, pis en plus faire vivre ça à mon couple ». C'était comme une claque dans la face. (Andréane, femme porteuse)

Sur le coup, tu ne réalises pas. Tu te dis : « Ça ne se peut pas. Tout ça pour finir comme ça. Qu'est-ce qu'on a fait? Mon Dieu... ». On était découragés complètement. [long silence]. Mais sur le coup, je voulais rester forte pour Andréane. Elle pleurait tellement, elle se sentait tellement coupable. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

S'il est communément admis qu'il s'agit de *leur* enfant, mais de *sa* grossesse, la fausse couche vient ébranler la construction des frontières que les membres de la triade étaient justement en train d'établir pour mieux circonscrire leur rôle respectif. Le décalage entre les expériences vécues par les deux femmes et leurs réactions respectives est alors révélateur de tensions provoquées par le processus d'attribution différenciée du sens du deuil périnatal.

« *Qui* peut vivre un tel deuil, et *comment* peut-on l'exprimer? », s'interrogent les femmes concernées. La quête d'une réponse rationnelle à ces questions les mène invariablement à une impasse ancrée dans l'univers émotionnel, où se mêlent la tristesse, la colère et l'incompréhension.

C'était bizarre. Parce que tu te retrouves que tu l'as vécu pareil, le deuil. Et en même temps, c'est comme mal vu, parce que ce n'est pas ton bébé. Moi je voulais que ça soit clair avec mes enfants, surtout ma plus jeune. Je fais quoi, là, pour lui expliquer ce qui s'est passé? Je suis revenue, je n'ai plus de bébé, je n'ai plus de ventre, je n'ai plus rien. Oui, le bébé est au ciel, mais ce n'est pas concret pour un enfant de cinq ans. (Andréane, femme porteuse)

Je lui ai dit : « Ce n'est pas ton bébé ». Elle m'a répondu : « Je l'ai vécu pareil, la grossesse. C'est une déception pour moi, de ne pas vous l'avoir remis ». Là, j'ai fait comme : OK [silence]. Je peux comprendre qu'elle n'a pas vécu le rêve qu'elle voulait vivre, mais je trouvais quand même que c'était...trop, que sa réaction était trop forte. (Élisabeth, mère d'intention par GPA)

Bien qu'il s'agisse d'une épreuve commune à laquelle sont confrontées les deux femmes endeuillées, chacune a vécu séparément les répercussions de cette infortune. Cette dernière a porté atteinte à leur relation en y semant des doutes quant au respect de l'entente de départ et l'authenticité de leur engagement respectif dans le projet de GPA. Au cœur de la mésentente se

trouvent les rites funéraires qu'Andréane a mis en place dans sa vie familiale, lesquels ont été interprétés par la mère d'intention comme l'indice d'un attachement envers l'enfant qui outrepassait celui attendu de son rôle comme femme porteuse.

La maman m'a quasiment reproché de vivre un deuil. Elle a dit : « Aurais-tu été capable de nous le donner? ». J'ai lui dit : « C'est tellement pas ça! Pour toi, c'est la perte de ton bébé. Mais pour moi, ce n'est pas juste ça. C'est le deuil de la grossesse. C'était le plus beau qui s'en venait : le sentir bouger, avoir la bedaine plus grosse...c'est tout ça. C'est le deuil de ne pas pouvoir vous le remettre. C'est de voir votre peine, aussi. Je mets tout ça ensemble, puis...ça fait un gros deuil » [long silence, pleurs]. Pour moi, c'est le deuil du processus qui ne va pas jusqu'au bout. (Andréane, femme porteuse)

À la douleur vécue par les deux femmes s'ajoute le déni de reconnaissance du deuil périnatal. Le deuil de la mère d'intention a été banalisé par certains membres de son entourage, sous prétexte que l'enfant n'était pas encore né et qu'elle n'avait pas vécu elle-même la grossesse et l'accouchement. Elle a pu prendre une pause professionnelle de quelques jours grâce à la compréhension de son employeur, mais sans que cela soit néanmoins reconnu comme un congé de maternité en cas de décès in utero. Ne trouvant sa place nulle part en tant que femme porteuse endeuillée, Andréane a constaté pour sa part que son sentiment amalgamé de perte et d'échec échappe à la conception du deuil périnatal et des services offerts dans ce champ d'intervention :

On m'avait dit : « Il y a des rencontres pour le deuil périnatal ». J'ai appelé. En plus, le thème cette semaine-là était le sentiment d'imposteur [souponner]. C'est ce que je vis [long silence, pleurs]. L'infirmière me rappelle, elle me demande : « C'est quoi ton histoire? ». J'y raconte : j'étais mère porteuse pour un couple, blablabla...Elle me répond : « Je ne sais pas si je pourrai t'intégrer dans le groupe. Ça risque d'être difficile ». (Andréane, femme porteuse)

Le deuil périnatal occasionne des pertes multiples qui touchent l'estime de soi des personnes. Pour la mère d'intention, le décès de son enfant à naître s'inscrit dans un long parcours d'aide médical à la procréation semé de tentatives infructueuses et empreint de souffrance liée à son infertilité. Pour la femme porteuse, la fausse couche est vécue comme un échec dont elle est responsable, ce qui exacerbe son sentiment de culpabilité envers le couple. Dans les deux cas, l'épreuve a créé une brèche dans laquelle le chagrin et l'incompréhension se sont engouffrés, faisant périlcliter leur relation.

8.2.4 Célébrer la maternité en gestation

La fête prénatale (*baby shower party*) organisée à l'occasion de l'arrivée prochaine du premier-né est une coutume fréquente en Amérique du Nord. La « pluie de cadeaux » qui se déverse sur les nouveaux parents place la mère – et son ventre arrondi – au centre des festivités, notamment par des jeux, des concours et des témoignages. En contexte de gestation pour autrui, ce rituel prend une tournure particulière, puisque le ventre plat de la mère d'intention atteste de façon non équivoque de la présence d'une autre femme dans la venue au monde de l'enfant. La présence ou l'absence de la femme porteuse à cette occasion est un sujet délicat; comme le montrent les expériences contrastées de Judith et de Sofia, le cœur des mères balance entre la gratitude et la jalousie envers celle qui porte leur enfant :

À un *shower*, c'est ta famille et tes amis qui sont là. J'étais tellement fière de pouvoir leur présenter [prénom de la femme porteuse] : « Regardez, c'est elle qui fait ça pour nous ». C'était vraiment un sentiment de fierté. Si elle n'avait pas été là, je crois que j'aurais été déçue. Je trouvais ça super important. (Judith, mère d'intention par GPA)

On était à un rendez-vous de suivi. La sage-femme lui a dit [à la femme porteuse] : « On voudrait t'organiser un *blessing way*. » C'est un genre de *shower*, mais sans les cadeaux. C'est un truc grano pour honorer la maternité, la femme qui va porter la vie. Elles voulaient lui organiser ça pour la remercier du geste qu'elle faisait pour nous. À ce moment-là, j'ai vraiment senti une pointe de jalousie monter parce que je me suis dit : « Moi, personne ne va m'organiser une affaire comme cela, je ne suis pas reconnue comme la vraie mère. Je retourne chez nous le soir et cela ne paraît pas que j'attends un bébé ». J'étais envieuse. (Sofia, mère d'intention par GPA)

La crainte de ne pas être considérée comme la « vraie » mère illustre le poids du système de parenté euroaméricain qui attribue la maternité à celle qui porte l'enfant. Le récit de Sofia met en lumière le sentiment latent de rivalité qui habite plusieurs mères d'intention, et qui se cristallise lors de manifestations publiques qui soulignent à grands traits la grossesse vécue par une autre.

J'ai dit à ma mère : « [prénom de la femme porteuse] va être invitée au *shower* ». Elle dit : « Bien j'espère, c'est elle qui mérite tout ça ». J'ai dit : « Non, un *shower* c'est pour l'enfant à naître, les cadeaux sont pour les parents. Elle est invitée parce que c'est mon amie et parce qu'elle porte notre bébé, mais ce n'est pas parce que c'est la mère ». (Sofia, mère d'intention par GPA)

Les femmes porteuses connaissent les craintes ressenties par les mères d'intention. Elles sont conscientes que leur présence lors de la fête prénatale risque d'attirer l'attention des invités et de les confondre quant à l'identité de la mère de l'enfant à naître. Certaines comme Claudine déclinent alors l'invitation au *shower*, tandis que d'autres comme Élise y assistent avec plaisir, mais en se faisant discrètes.

Je lui ai dit : « C'est ton *shower*. C'est important que tu vives cela, et que ce soit *toi* qui reçoives les cadeaux et qui sois au centre de l'attention ». Je ne voulais pas lui enlever cela, parce qu'un *shower*, c'est pour la maman. Je voulais que ça soit *elle* qui ait toutes les félicitations. Cela lui appartenait à *elle* [insiste sur le mot]. Cela ne m'appartenait pas. J'aurais eu peur de détourner l'attention. (Claudine, femme porteuse)

J'ai offert le coussin d'allaitement à la mère. C'était symbolique, parce que l'allaitement, c'était notre *challenge* à relever ensemble. Et je dis « ensemble », parce que si elle n'avait pas pu et qu'elle voulait du lait maternel, j'aurais été prête à le faire pour une partie de l'été. [...] Durant le *shower*, j'étais *low profile*, mais je n'étais pas effacée. Je ne voulais pas voler la vedette. Tout le monde avait sa place et c'était super correct. (Élise, femme porteuse)

Le témoignage d'Élise exemplifie la complicité qui peut se tisser entre les femmes impliquées dans l'entente de GPA. Par leur puissance symbolique, les rituels, comme celui de la remise d'un cadeau lors d'une fête prénatale, solidifient la relation nouée entre les personnes impliquées dans le processus.

8.3 L'accouchement

L'accouchement est le point culminant de la grossesse pour autrui. Plusieurs femmes porteuses parlent même de « l'ultime épreuve » à laquelle elles sont confrontées dans la réalisation de mission. Élise précise que cela ajoute une pression supplémentaire sur leurs épaules :

C'est comme si j'avais une mission à accomplir. Quand tu as ton enfant, c'est comme naturel. Là, tu as l'enfant de quelqu'un d'autre, on dirait que tu ne peux pas gaffer. Faut pas que ça se passe mal, tu n'as comme pas le droit à l'échec. C'est comme une double responsabilité. (Élise, femme porteuse)

Les mères d'intention, quant à elles, attendent ce moment avec impatience. Sofia s'est même entendue avec la femme porteuse pour que ce soit elle qui reçoive l'appel téléphonique, afin de simuler le scénario du déclenchement du travail en pleine nuit.

Je voulais être celle qui dit à son chum : « Lève-toi! On s'en va à la maison de naissances : le bébé s'en vient ». Parce que d'habitude, la femme perd ses eaux et sent que cela s'en vient, puis réveille son mari. Je voulais être cette femme-là, même si ce n'est pas moi qui allais avoir les symptômes. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Étant donné l'encadrement obstétrical qui restreint le nombre de personnes aux côtés de la femme qui accouche, les pères d'intention se placent souvent en retrait pour permettre à leur conjointe d'occuper cette place et être ainsi aux premières loges à la naissance de leur enfant. C'est du moins ce qu'a perçu Élise, une femme porteuse dont le père d'intention a préféré prendre un pas de recul au moment de l'accouchement :

Je pense que le père voulait vraiment que sa blonde puisse profiter et vivre pleinement ces moments-là. Il lui a laissé beaucoup de place, pour qu'elle investisse son rôle de mère comme elle le pouvait. (Élise, femme porteuse)

L'accouchement renferme plusieurs gestes symboliques qui participent à la ritualisation d'un enfantement « à relais », de la matrice de la femme porteuse aux mains de la mère d'intention. Prendre la main de la femme porteuse pendant les contractions, accueillir l'enfant lors de la dernière poussée, couper le cordon ombilical et faire le « peau à peau » sont autant de pratiques qui permettent aux mères d'intention d'investir leur maternité.

8.3.1 Donner naissance à une famille

Donner naissance à une famille représente l'aboutissement de plusieurs mois d'efforts. Les femmes porteuses réfèrent toutes à leur satisfaction du devoir accompli et à leur fierté d'avoir créé des parents grâce à leur contribution singulière. Loin de l'angoisse appréhendée de remettre l'enfant à ses parents, elles parlent plutôt du bonheur immense que leur a procuré ce geste, lequel est à la base de leur motivation initiale à s'engager dans le projet parental d'autrui.

C'était le sentiment du devoir accompli. La fierté, c'était énorme! Ce n'est pas une question de leur « redonner » l'enfant, puisqu'il n'est pas à moi! Je l'héberge, mais c'était justement cela mon but en acceptant de leur faire : pouvoir leur remettre leur bébé et ainsi créer une famille. (Patricia, femme porteuse)

La dernière poussée est particulièrement significative pour les femmes porteuses, puisqu'il s'agit du moment précis où l'enfant pousse son premier cri et entre en contact – littéralement – avec ses parents. À cette douleur extraordinaire se mélange la joie de voir les larmes de bonheur couler sur les joues des parents.

Je me suis tournée vers la mère, et je lui ai crié : « Il s'en vient, ton bébé. Tu vas être maman! » [rires] C'est elle qui l'a attrapée. (Zoé, femme porteuse)

C'était comme le plus beau cadeau que tu pouvais me faire. Les deux, on se regardait et on n'arrêtait pas de pleurer. On se donnait de gros câlins, on était accrochées. C'est là qu'on a su que *no matter what*, il n'y a rien qui va nous séparer. Moi et elle, on est vraiment fusionnées. Ce n'est pas juste une amitié, à ce point-là. (Geneviève, femme porteuse)

Si l'attention des femmes porteuses est entièrement consacrée au travail pendant l'accouchement, les parents d'intention doivent quant à eux trouver leur place dans un environnement où s'affairent plusieurs personnes. Certains couples préfèrent rester en retrait pour laisser le champ libre aux professionnels de la santé, d'autres se placent aux côtés de la femme qui accouche. Dans les deux cas, ils se sentent impuissants face à la douleur qui foudroie celle qui leur permet de devenir parents.

Tout le monde me disait : « Tu vas être comme un gars dans un couple. Tu vas être extérieure à la douleur ». Ça m'inquiétait beaucoup. [...] Pendant une contraction, on ne se parlait pas. Elle était dans sa bulle. Après ça, on pouvait se parler et échanger. On chronométrait ses contractions. J'étais présente, à ses côtés. (Judith, mère d'intention par GPA)

Mon chum est parti à un moment donné. Il était dans la cuisine et il pleurait. Il ne savait pas quoi dire à [prénom de la femme porteuse], il ne pouvait pas la rassurer. Son mari était là, ce qui fait qu'il ne pouvait pas prendre son bras pour la rassurer. Il se sentait inutile et il n'aimait pas la voir souffrir pour nous, il trouvait cela trop dur. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Les parents d'intention sont ainsi confrontés à des émotions paradoxales : un sentiment d'impuissance pendant les heures qui s'écoulent, la culpabilité de faire vivre une telle douleur à une personne chère, mais aussi un bonheur vif à l'idée d'accueillir leur enfant et de fonder enfin une famille.

8.3.2 Accueillir l'enfant et lui donner son premier souffle

Bien que le sentiment d'être mère émerge dès l'annonce du succès de la fécondation, il se concrétise tout à fait à la naissance de l'enfant lorsque la mère d'intention le prend dans ses bras. Ce premier contact charnel lui permet de matérialiser un rêve qu'elle vivait jusqu'à maintenant par procuration.

Je me suis sentie mère à partir du moment où j'ai senti son cœur battre, mais ce n'était pas concret pour moi. À partir du moment où je l'ai eu dans mes bras, vraiment, c'est là où je me suis dit : « Je suis devenue une maman ». (Sofia, mère d'intention par GPA)

Couper le cordon ombilical revêt une portée symbolique pour certaines femmes, tant les mères d'intention que les femmes porteuses. Pour les premières, il s'agit d'un geste qui provoque le « premier souffle » du nourrisson comme acte de vie autonome de la femme qui l'a porté. Pour les secondes, couper le cordon symbolise la rupture du lien matriciel permettant le transfert de l'enfant vers ses parents.

Parce que je n'étais pas impliquée génétiquement, je voulais lui donner son premier souffle : j'ai coupé le cordon. (Josée, mère d'intention par GPA)

Symboliquement, on voulait que ce soit moi qui coupe le cordon. C'était la délivrance, si on veut. (Marilyne, femme porteuse)

L'identité de celui ou celle qui touchera l'enfant en premier fait généralement partie des éléments discutés en vue d'établir le plan de naissance. La plupart du temps, la mère d'intention est la personne désignée, bien que parfois les circonstances font en sorte que ce ne soit pas toujours possible; cordon trop court, choix de retarder le clampage, aménagement de la salle d'accouchement, etc. L'éventualité que le nouveau-né reste collé sur la femme porteuse après sa naissance en rend plusieurs inconfortables, toujours dans l'optique que cela pourrait créer un

lien d'attachement entre elle et le nourrisson. Pour ne pas froisser les parents d'intention, les femmes porteuses vont souvent s'astreindre de le toucher.

Je me suis dit : « Si je le prends, ils vont penser que je suis attachée ». Parce que j'avais le goût de le prendre, mais là, j'avais peur de ce qu'ils allaient penser. Le temps qu'ils le préparent pour le cordon, je n'ai pas osé le prendre, je lui ai juste flatté la tête. Je le regrette un peu. Je me dis dans le fond, pourquoi pas? J'aurais pu le prendre, je ne pense pas que j'aurais été plus attachée au bout du compte. Mais bon, c'était ma première expérience. (Anne, femme porteuse)

En bref, l'accouchement représente une passation du flambeau entre la femme porteuse qui a pris soin du fœtus et l'a fait grandir en elle pendant neuf mois, et la mère qui accueille l'enfant lorsqu'il pousse son premier cri. La charge symbolique et émotive des rituels qui lui sont associés illustre avec force l'enfantement comme processus de mise au monde d'un être vivant.

8.4 Les premiers moments après l'accouchement

Les premières heures qui suivent l'accouchement sont consacrées au rétablissement de la femme porteuse et aux soins du nouveau-né. Il n'est pas rare que les membres de la famille viennent faire leur tour durant cette période pour s'enquérir de l'état de santé et du bien-être de tout le monde. Si le conjoint, les enfants et les parents de la femme porteuse sont les bienvenus, cajoler en premier le nouveau-né demeure, de façon implicite, la prérogative de la parenté des parents d'intention.

Ma mère m'a dit : « Est-ce que je peux venir faire un tour? ». Elle est venue prendre de mes nouvelles, mais elle n'a pas pris le bébé. Je voulais que la hiérarchie des grands-parents soit respectée et qu'il n'y ait pas d'égo froissé. Maman a pris le bébé. Papa a pris le bébé. Et après, la grand-mère maternelle l'a pris. Ma mère l'a pris beaucoup plus tard, quand elle est revenue avec mes enfants. Je ne voulais pas froisser personne. Je voulais juste que les parents se sentent à l'aise. (Élise, femme porteuse)

Bien que l'enfant ait été remis à ses parents, la femme porteuse demeure présente à l'hôpital ou à la maison de naissance pour un certain temps; ainsi, sa contribution au processus d'enfantement se poursuit parfois au-delà de l'accouchement, notamment en donnant le colostrum et en allaitant le nouveau-né.

8.4.1 Créer un lien nourricier

Donner le sein pour nourrir son enfant demeure à notre époque et dans notre société un acte ritualisé fortement accolé à l'identité maternelle. Créer un tel lien nourricier consoliderait aussi le lien d'attachement entre l'enfant et sa mère. Par ailleurs, les vertus du lait maternel sont largement relayées par les agents de santé publique, incitant les femmes à privilégier cette forme d'allaitement plutôt que le biberon rempli de préparations lactées. En contexte de gestation pour autrui, ces deux injonctions peuvent mettre sous tension la solidarité ou attiser une rivalité entre les deux femmes concernées.

D'un côté, les mères d'intention revendiquent à la fois un statut de mère sans partage, mais sont aussi soucieuses de fortifier la santé de leur enfant par l'allaitement dit « naturel ». Tirillées entre ces deux considérations, elles demeurent perplexes face à la possibilité de laisser une autre femme donner le sein à leur enfant.

Quand j'ai allaité après l'accouchement, elle m'a dit : « C'était vraiment dur pour moi de te voir lui donner le sein. J'étais jalouse. En tant que maman, je ne pourrai jamais le faire ». Ça m'a touchée qu'elle se sente assez en confiance pour me le dire et me partager sa vulnérabilité. (Isabelle, femme porteuse)

Par la prise quotidienne de dompéridone, un médicament ayant pour effet de stimuler la production de prolactine, et le massage des seins pour activer la sécrétion de lait plusieurs mois avant la naissance de leur enfant, les mères d'intention peuvent espérer être en mesure d'allaiter. Les femmes qui sont au courant de l'existence de ce protocole peuvent ainsi faciliter médicalement la lactation et nourrir elles-mêmes leur enfant. Par le fait même, elles incarnent davantage la maternité à leurs yeux, comme l'explique Judith :

Pouvoir allaiter m'a permis de faire mon deuil de la bedaine. Ça revient encore à l'image de la femme : « Je suis capable d'allaiter, mon corps est capable de nourrir mon enfant ». Je trouvais que c'était incroyable ce lien-là, et j'étais tellement contente de pouvoir le faire. On dirait que ça m'a mis en paix avec...Je n'ai pas porté mon enfant, mais ce n'est pas grave : je l'ai nourri. (Judith, mère d'intention par GPA)

Permettre à leur enfant de bénéficier des bienfaits du colostrum incite néanmoins les mères d'intention à faire un compromis aux premières heures après l'accouchement, sachant que seule la femme porteuse peut le procurer. Cela est aussi motivé par le souci de contribuer à son rétablissement. Sofia et Josée, deux mères d'intention n'ayant jamais donné naissance, racontent :

Je voulais que ce soit moi d'abord, pour la symbolique. Elle m'a dit qu'elle comprenait parfaitement. Après la première tétée, je lui ai dit : « Ça ne me dérange pas que tu lui donnes le sein maintenant, parce que je sais que le colostrum, c'est super bon pour le bébé ». C'était parfait comme ça. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Avoir quelques tétées du bébé peut aider pour que l'utérus se replace. Nous lui avons dit : « Tout ce qui peut t'aider toi, on accepte de le faire. S'il faut que le bébé tète après ton sein, on s'en fout ». (Josée, mère d'intention par GPA)

D'un autre côté, les femmes porteuses rencontrées, souvent de ferventes adeptes de l'allaitement naturel, sont ouvertes à l'idée d'offrir ce que leur corps produit en abondance après la grossesse. Elles sont néanmoins conscientes de la détresse que cela peut causer chez les mères d'intention, et restreignent alors leurs ardeurs pour ne pas les insécuriser. Isabelle a justement été confrontée à une telle situation, où un allaitement de sa part, quoique plus simple pour nourrir rapidement le bébé, a été écarté afin de ne pas empiéter sur le rôle nourricier de la mère.

Les parents sont venus chez moi. Ils avaient oublié la bouteille. Et c'est là qu'il y a eu un peu de stress, parce qu'elle ne voulait pas que j'allaite. Le bébé pleurait, moi j'étais due pour tirer mon lait. Je savais ce qui se passait, elle me l'avait dit avant. C'était difficile pour elle. [...] Finalement, ils ont réussi à la nourrir. Pour elle, c'était : « J'ai réussi, je suis capable ». Je me suis sentie blessée, mais je comprenais. C'était difficile, parce que c'était comme deux sentiments en même temps. Je sais d'où elle vient, elle a besoin de ça. Je voulais justement qu'elle se sente comme une maman, sans que j'intervienne. Mais je venais juste d'accoucher, j'avais les hormones dans le tapis, j'avais le lait. C'était spécial comme situation. (Isabelle, femme porteuse)

D'autres femmes porteuses sont toutefois réfractaires face à la possibilité d'allaiter. Pour elles, donner le sein est créateur d'un lien d'attachement et, ce faisant, demeure une prérogative de la mère, et non de la femme qui a porté l'enfant. Elles tracent alors une frontière nette entre leur apport essentiel au processus d'enfantement – vivre la grossesse et donner naissance à un

enfant – et les rituels comme l’allaitement qui sollicitent à nouveau leur corps, mais qui demeurent facultatifs. Pour Claudine, ce déclinement permet d’éviter un malaise :

Il me semble que cela n’avait pas rapport; ce sont *mes* seins, mais ce sont *leurs* bébés. Je crois dans les bénéfices du lait maternel, mais je ne voulais pas avoir ce contact-là. Je trouvais que ce n’était pas mon rôle d’allaiter ces bébés-là. Je pense qu’il y a une connexion qui se crée quand le parent allaite son enfant. Pour moi, c’est important qu’eux vivent cette connexion-là, mais pas moi. J’aurais trouvé cela bizarre. Il me semble que cela aurait créé un malaise qui n’avait pas d’affaire là. (Claudine, femme porteuse)

L’allaitement rejoint les représentations de la maternité et du corps maternel. Considérer ou non ce lien nourricier comme un acte réservé à la mère amène les femmes concernées à déployer différentes stratégies pour s’approprier et incarner une part de maternité ou, au contraire, la mettre à distance.

8.4.2 Dire au revoir

Quelques heures ou jours après l’accouchement, la femme porteuse et le couple mettent fin au séjour à l’hôpital ou à la maison de naissance et retournent chacun chez soi, l’enfant étant alors sous l’aile protectrice de ses parents. Avant ce grand départ, certaines femmes porteuses ont l’occasion de prendre un moment en étant seules avec l’enfant pour lui dire au revoir. Pour ces femmes, cette rencontre en tête-à-tête s’est avérée un moment précieux, à la fois apaisant et libérateur. Claudine et Élise partagent leurs impressions à ce sujet :

Je suis allée les voir et ils m’ont dit : « Si tu veux rester avec eux un peu, nous on va aller dîner. Prend ton temps, on va revenir dans pas long ». J’ai été peut-être une demi-heure toute seule avec eux. Ils étaient tout *cutes*, emballés dans le petit incubateur. Ils dormaient. Je pense que cela a vraiment été comme une *closure* pour moi. C’était super positif. (Claudine, femme porteuse)

Je ne savais pas comment formuler que je voulais avoir un moment avec le bébé, sans les brusquer. Avec le recul, c’est plus facile de le formuler. Mais sur le coup, je ne savais pas quelle forme je voulais que ça prenne. La mère est venue la porter dans mes bras, peut-être vers huit heures le soir. Là, j’ai pris le temps de la regarder comme il faut et de m’émerveiller devant ce qu’on avait accompli. Et c’était parfait comme ça. C’est tout ce dont j’avais besoin : un beau quinze minutes. (Élise, femme porteuse)

Ce moment est rarement demandé explicitement par les femmes porteuses, et ce, peu importe la filière d'accès à la GPA ou le type d'entente. Comme le mentionne Élise dans l'extrait précédent, il est difficile de formuler une telle demande, par crainte de brusquer les parents ou de les rendre inquiets, voire d'essayer un refus de leur part et ainsi prendre le risque d'envenimer la relation. Cela fait écho à l'expérience d'Isabelle, une femme porteuse en agence qui regrette aujourd'hui d'avoir raté l'occasion de vivre ces brefs instants avec l'enfant qu'elle a couvé pendant neuf mois.

C'est difficile de donner un bébé et de ne pas pouvoir la toucher et lui dire au revoir. [...] J'aurais aimé avoir une heure ou deux. Connaître le bébé et lui dire *bye*. Je ne lui ai pas dit. Je me suis retenue. Pourtant, si je lui avais demandé [à la mère d'intention], je sais qu'elle aurait accepté avec plaisir. (Isabelle, femme porteuse)

L'inquiétude que peuvent ressentir les parents au moment du départ s'explique par l'issue toujours incertaine du dénouement du processus de GPA. Cette appréhension de la part de la mère d'intention a teinté les premiers moments après l'accouchement de Florence :

Je lui ai demandé c'était quoi son nom [à l'enfant]. Elle m'a fait un autre sourire, puis elle m'a dit le nom qu'elle avait choisi. Après, elle m'a demandé : « C'est-tu correct? ». Je sais qu'elle demandait ça dans le sens : « Est-ce que tu vas nous la donner? ». C'est cela que ça voulait dire. J'ai dit : « Oui, ne vous inquiétez pas ». (Florence, femme porteuse)

La possibilité que la femme porteuse garde l'enfant traverse subrepticement leur esprit jusqu'au dernier moment, malgré leur solide conviction que cela ne se produira pas. « Le risque était là pareil dans ma tête, un peu en sourdine, même si j'avais la certitude qu'elle allait nous le remettre », confie Josée, une mère d'intention dont la femme qui a donné naissance à son enfant était une inconnue au départ. Partageant désormais un fort lien d'amitié, les deux femmes envisagent même de renouveler l'expérience prochainement, une éventualité que Josée entrevoit de façon sereine « parce que la confiance est déjà installée entre nous », confie-t-elle.

8.5 Après la naissance

Une fois que les membres de la triade se sont séparés, la vie reprend son cours. « L'après GPA » prend une tournure différente pour chacun; les parents d'intention sont plongés immédiatement dans l'affolement de leur nouvelle vie familiale tout en amorçant les démarches d'adoption pour le parent non biologique, tandis que les femmes porteuses s'occupent de leur propre famille, reprennent tranquillement leurs activités et préparent leur retour au travail après leur congé de maternité, le cas échéant. Plusieurs femmes porteuses évoquent avoir ressenti un vide durant cette période, non pas à cause de l'absence de l'enfant qu'elles ont porté, mais plutôt celle causée par la transformation de la relation avec le couple qui, débordé par l'arrivée de leur poupon, maintient peu les contacts avec elles.

I don't think it was the fact that I missed the child when I went to postpartum depression. I think I just missed the relationship with the dads. We talked all the time, like... they would come and see me every 3 months, and suddenly it was gone, after 2 years... Yeah, it was hard. (Karen, femme porteuse)

Expliquer le postpartum pose un défi certain, puisque les femmes ont l'impression que les mots ne parviennent pas à capter et à restituer adéquatement l'intensité émotionnelle de la grossesse pour autrui et de l'accouchement. Dans le but de décrire cette période qui marque la fin officieuse du projet de GPA, Claudine reprend une analogie issue du monde théâtral qu'une autre femme porteuse lui a déjà racontée :

C'est comme une pièce de théâtre. Tu as tes répétitions, tu t'attaches aux autres acteurs, tu tisses des liens avec eux, tu pratiques et tu pratiques pendant des mois, peut-être un an. Puis là tu joues ta pièce, une fois, deux fois et puis...c'est fini. *Bang*, il n'y a plus rien, c'est le vide. Tu t'es tellement investie là-dedans! Tu as accompli quelque chose pour lequel tu es vraiment fière. Tu as des photos et des vidéos qui restent en souvenir, mais c'est fini. Le monde rentre chez eux. Peut-être que quelqu'un t'en reparlera plus tard, mais la pièce, elle, est terminée. Les costumes sont rangés, les décors sont démolis. C'est comme ça que je peux te décrire « l'après ». (Claudine, femme porteuse)

La période faisant suite à la venue au monde de l'enfant recoupe deux éléments, soit la notion d'attachement ressenti par les femmes porteuses selon leur point de vue situé, ainsi que les démarches entreprises par les mères d'intention pour adopter leur enfant.

8.5.1 S'attacher et se détacher

Considérant les représentations de la maternité qui reposent en grande partie sur le corps enceint et la grossesse, la question de l'attachement entre l'enfant et la femme qui l'a porté apparaît déterminante. Or, au regard des expériences des principales concernées, cette préoccupation n'est pas aussi cruciale que les discours essentialistes à ce sujet laissent sous-entendre. Dans la foulée de son analogie de la pièce de théâtre citée un peu plus tôt, Claudine poursuit la démythification de l'attachement en contexte de GPA :

Le monde s'inquiète avec l'attachement envers les bébés, mais ce n'est pas cela. C'est le vide après avoir vécu un grand projet. *Then what?* Le premier soir où j'ai dormi à la maison, c'était plus physiologique : « C'est bizarre, je n'ai plus de bedaine ». Je n'avais pas vécu cela avec mes filles, parce que je n'avais pas eu le temps de penser à cela : « Je capote, j'ai mon bébé qu'il faut que j'allaite ». Là, j'avais le temps pour réfléchir à tout cela. J'avais eu le temps de dormir, donc mon cerveau fonctionnait mieux. Mais encore là, ce n'était pas négatif, c'était plus comme une constatation. (Claudine, femme porteuse)

Cette impression de distance de la part des femmes porteuse ne signifie pas qu'elles sont désintéressées ou indifférentes au bien-être de l'enfant qu'elles ont mis au monde, bien au contraire. Bien qu'il s'agisse de l'enfant des parents d'intention, elles demeurent la clé du processus d'enfantement en étant celles qui en permettent la réalisation. Les deux sont intimement reliés, mais la grossesse pour autrui n'entraîne pas automatiquement selon elles un sentiment de filiation envers l'enfant. Patricia précise :

Il faisait partie de moi. Si j'étais trop stressée, je me disais : « Ce n'est pas bon pour le bébé ». J'en ai pris soin comme si c'était le mien, mais tout en sachant que ce ne l'était pas. J'étais autant attachée à ma bedaine, à ma grossesse que si cela avait été le mien, je n'étais juste pas attachée au bébé qui allait naître. Je trouve que cela n'est pas pareil. Je le savais que ce n'était pas mon bébé, mais c'était quand même ma grossesse. (Patricia, femme porteuse)

S'engager dans le processus d'enfantement en tant que femme porteuse implique un état d'esprit correspondant à la nature de cette implication bien particulière. Pour plusieurs, c'est d'ailleurs cette capacité à distinguer les formes d'attachement qui permet à certaines femmes d'être en mesure de vivre sereinement cette expérience.

Pendant la grossesse, il y a un attachement qui se crée, mais c'est plus comme un lien de complicité : « On est en train de faire une belle surprise à tes parents ». [...] Ils ne ressemblaient pas à mes enfants, tu sais. Je n'avais pas cette connexion-là, c'était comme s'ils ne faisaient pas partie de moi quand je les ai vus. Je n'ai jamais sentie que l'on m'arrachait quelque chose. Je n'ai jamais même senti que je donnais quelque chose. C'était plutôt : « Je te redonne quelque chose que tu m'as prêté ». (Claudine, femme porteuse)

Ayant un rôle dans la triade qui se rapproche plus de celui de mère que de celui de femme porteuse, l'expérience de détachement vécue par Marilynne se distingue résolument de celles des autres participantes de ce groupe. Ayant vécu une GPA génétique pour un couple gai très proche d'elle, la remise de l'enfant s'est avérée pour elle une épreuve ardue l'ayant laissée meurtrie pour plusieurs jours. L'amour qu'elle éprouve pour l'enfant et pour ses amis l'a aidé à panser ses plaies émotionnelles.

Sans leur envie d'avoir un enfant, [prénom du bébé] n'existerait pas. C'est impossible de regretter d'avoir fait ce geste-là. Mon amour est tellement fort, même si ma peine est immensément grande. L'amour que j'ai pour cet enfant-là est mille fois plus grand encore. Je savais que l'amour me guérirait. (Marilynne, femme porteuse)

L'attachement est généralement étudié sous l'angle psychique et émotionnel. Or, comme le rappellent les femmes porteuses, les considérations biologiques ne sont pas à négliger, puisque les hormones influencent aussi la période postpartum. Ayant déjà vécu cette période après la naissance de son propre enfant, Isabelle a été à même d'en reconnaître les signes :

Les deux premières semaines, j'ai trouvé ça vraiment dur. Les hormones, le fait qu'elle n'était pas là. Je ne voulais pas la ravoïr, mais quand je tirais mon lait, je détestais la machine. C'était vraiment déprimant. À trois semaines, je me sentais super bien. Les hormones s'étaient replacées. Je sortais déjà un peu, je ne m'ennuyais plus. Je suis allée la voir chez elle. À un moment donné, elle avait des petites coliques et sa maman l'a prise et elle s'est calmée. Je n'avais même pas besoin de la prendre. C'était super beau de voir la mère avec son bébé, de la voir enfin maman et de le vivre. (Isabelle, femme porteuse)

Les « montagnes russes émotionnelles » du postpartum amènent d'ailleurs les participantes à recommander le fait d'avoir vécu au moins un accouchement avant d'accepter de s'engager dans un processus de GPA. En ayant déjà vécu au moins un accouchement, les femmes sont alors plus conscientes selon elles de leurs réactions psychologiques,

physiologiques et comportementales lors de cette période, et peuvent y faire face le cas échéant et s'y adapter avec une plus grande aisance.

8.5.2 Désigner la mère légale

Avoir un enfant par gestation pour autrui n'est pas le chemin d'entrée en parenté le plus simple pour les couples d'intention, considérant la variabilité des régimes de filiation à travers le pays. De fait, le statut de mère accolé automatiquement à la femme porteuse et les procédures requises au Québec pour établir la filiation avec le parent non biologique sont l'objet de préoccupations diverses chez les participantes. Si le sentiment de filiation de la mère *précède* la reconnaissance légale de son rôle, il n'en demeure pas moins que sa position incertaine affecte grandement le quotidien familial, comme le mentionne Sofia, une mère d'intention non statutaire :

Dans mon cœur, je sais que je suis la mère de mon enfant. Si on fait des tests d'ADN, c'est mon petit garçon. Je ne peux pas prendre de décision médicale ni de décision scolaire, je ne peux pas l'amener voir ma famille au [nom d'un pays du Maghreb]. Cela va être beaucoup plus simple dans la vie de tous les jours lorsque ça sera moi la mère légale sur son certificat de naissance. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Outre le pouvoir décisionnel et les responsabilités parentales, la filiation authentifie le rôle de parent en l'instituant dans la sphère publique, ce qui rejaillit sur la construction identitaire de la mère. Être dépourvues d'une telle reconnaissance légale fait en sorte que les mères d'intention se sentent « incomplètes », « vulnérables » ou comme « des mères de seconde zone ». Étant toujours la mère légale de l'enfant qu'elle a porté pour autrui au moment de l'entrevue, Isabelle émet d'ailleurs l'hypothèse que la distance relationnelle entre elle et la mère d'intention depuis l'accouchement découle du sentiment de vulnérabilité que cette dernière ressent au regard de son absence de statut.

Tant qu'elle [la mère d'intention] n'aura pas en main le nouveau certificat de naissance, elle ne pourra pas dire : « C'est mon bébé. Voici la preuve : mon nom est là, je suis la mère ». Je pense que tant que ce n'est pas réglé, elle ne va pas sentir cet apaisement-là. Je sens toute sa gratitude, mais j'ai l'impression qu'il y a une petite distance entre nous depuis l'accouchement, à cause de ça. (Isabelle, femme porteuse)

La situation actuelle est tout aussi problématique pour les femmes porteuses. En cas de dissolution du projet parental des parents d'intention pendant la grossesse ou à l'accouchement, l'enfant devient soudainement leur responsabilité. D'une entente de procréation assistée par autrui, on passe alors à une filiation dite « naturelle » qui pèse alors entièrement sur les épaules des femmes porteuses. Véritable épée de Damoclès, ce risque pend au-dessus de leur tête tant et aussi longtemps qu'elles conservent leurs droits maternels.

On s'entend que la loi ici, elle ne reconnaît pas les contrats. Donc si je vais en cour en disant : « Ils [les parents d'intention] m'avaient juré qu'ils prendraient l'enfant handicapé » ou encore « Ils avaient dit qu'ils paieraient les frais funéraires et ils ne les ont pas payés », c'est moi qui me retrouve avec les frais si l'enfant meurt à la naissance. (Anne, femme porteuse)

Bien que sans doute rare, le scénario évoqué par Anne dans l'extrait précédent représente tout de même un risque bien réel, et non uniquement une spéculation théorique. À titre d'exemple, Karen a appris au moment de l'accouchement, lors de sa toute première GPA pour un couple européen, que les parents n'avaient pas l'intention de venir chercher l'enfant. N'ayant jamais eu le désir de le garder, elle s'est alors résolue à confier l'enfant à un couple en vue d'une adoption. Outre les bouleversements émotionnels qu'un tel dénouement inattendu provoque, le caractère exceptionnel de la situation a alerté les services fédéraux; une enquête policière pour trafic humain a été menée, causant un stress énorme pour Karen et sa famille.

After it was born, the family said they no longer wanted the child. So, I had the option to either keep it, or either give it up for adoption. And I knew that I only wanted two kids; to add a third in the picture was not going to happen. But I didn't want social services involved. [...] They wouldn't let me go home. I was very frustrated. And finally, the next morning, I had two people from RCMP walking into my room. They're doing an investigation on me for human trafficking! I was stressed, because I didn't want to go to jail. It's not what I signed up for. (Karen, femme porteuse)

Le cas de Karen montre les risques et les enjeux que soulève l'absence de régulation de la GPA à l'échelle internationale, ainsi que les recours limités, voire inexistants dont dispose une femme porteuse lésée par des parents d'intention ressortissants d'un autre pays. L'expérience de Karen rappelle aussi que, à l'instar de l'incertitude entourant la remise de l'enfant aux parents d'intention par la femme porteuse, l'inverse est tout aussi plausible, mais rarement évoqué. Le lien de confiance est l'un des seuls remparts dont disposent les personnes

concernées pour prévenir une telle situation. En ce sens, un bris de l'entente peut remettre en question les objectifs du projet. Florence, par exemple, évoque un tel point tournant dans sa relation avec le couple, lequel a eu une incidence majeure sur le reste du processus :

J'étais rendue à 20 semaines, et ils m'ont annoncé qu'elle [la mère d'intention] aussi était enceinte. Je me suis dit : « Non, cela ne se peut pas! ». Dans le fond, trois semaines après que moi je sois tombée enceinte, ils sont allés dans une clinique faire un transfert, le dernier qui était couvert par la gratuité. Je me suis dit : « J'espère que cet enfant-là ne sera pas la cinquième roue du carrosse ». Après ça, je n'avais plus du tout confiance. (Florence, femme porteuse)

Le sentiment d'avoir été trahie a rompu le lien de confiance entre elle et le couple, envenimant par le fait même leurs rapports pendant la grossesse. Or, lorsqu'une telle fracture survient dans la relation, les recours possibles sont limités. Pour sa part, Florence a décidé de conserver sa filiation maternelle en tant que femme porteuse, non pas pour revendiquer un statut de mère, mais pour avoir l'assurance de maintenir un contact avec l'enfant après sa naissance et être témoin de son développement – une condition *sine qua non* établie au départ avec le couple avant d'accepter de porter un enfant pour eux.

Je ne fais pas ça parce que je ne veux pas leur donner. Je fais ça parce que c'est ma seule façon d'être sûre de la revoir, d'avoir mes visites auxquelles je tiens vraiment, de ne pas être rayée de sa vie. Je ne veux pas prendre le risque de la faire adopter et qu'après cela, je ne la verrai plus jamais et je ne pourrai plus rien faire. (Florence, femme porteuse)

Dans un autre ordre d'idées, le rapport aux institutions publiques complique également la donne. La dissociation entre l'accouchement et la prise en charge de l'enfant provoquée par la GPA est difficilement conciliable avec l'état actuel du droit et de l'organisation des services en matière de parentalité. Moment de réjouissance pour tout le monde, la naissance de l'enfant est néanmoins empreinte de tracasseries légales et administratives. La question des procédures d'adoption et des prestations gouvernementales demeure en suspens pendant plusieurs mois, ce qui complique encore une fois la période post-naissance, tant pour les parents que la femme porteuse. Marilyne et Anne, deux femmes porteuses ayant donné naissance au Québec, partagent leurs insatisfactions :

Pour que l'autre papa puisse l'adopter, moi je dois m'enlever de là. On ne sait pas trop comment s'y prendre. On ne sait pas si c'est la DPJ ou pas, mais c'est ce qu'on avait entendu dire. Je ne sais pas. Le mot « DPJ » me fait peur. Je n'ai pas envie d'avoir un dossier. Le gouvernement n'a pas l'air de comprendre. (Marilyne, femme porteuse)

J'ai reçu des prestations automatiques. Ma prestation a été ajustée « Vous avez un nouvel enfant... ». Je les ai appelés pour leur dire que je n'avais pas la garde. D'habitude les gouvernements communiquent entre eux, mais là, pas du tout. J'ai reçu plein d'affaires, et je n'avais fait aucune demande. J'ai même reçu la carte d'assurance maladie. Eux [les parents d'intention] ont fait une demande, mais le gouvernement a tout envoyé... à la mère, c'est-à-dire moi. (Anne, femme porteuse)

En somme, le principe de droit civil « La mère est la femme qui accouche » est battu en brèche par le processus d'enfantement par GPA. L'assignation à la maternité par l'accouchement ne correspond pas aux aspirations des femmes porteuses qui ne se considèrent pas – et ne se sont jamais considérées – comme les mères de l'enfant qu'elles ont porté. La période de flottement menant à l'adoption par consentement spécial fragilise l'expérience des parents d'intention, en plus de comporter des risques pour les femmes porteuses et les enfants ainsi nés en cas de conflits ou de dissolution de l'entente.

8.5.3 Faire face à des conséquences imprévues

Porter un enfant et lui donner naissance n'est pas exempt de risques pour les femmes porteuses. Bien que la vaste majorité des grossesses se soient très bien déroulées, certaines participantes ont fait face à des complications suite à l'accouchement, dont une femme qui a vécu une hémorragie et une autre, une dépression post-partum. Contrairement au médecin qui a relié la dépression de sa patiente à l'expérience de l'accouchement par césarienne, Karen attribue plutôt son état dépressif d'alors aux chamboulements survenus après la grossesse et, surtout, à la diminution drastique des contacts avec les pères d'intention qui ont tourné toute leur attention sur leur nouveau-né après deux ans de processus d'enfantement à ses côtés (incluant les tentatives de conception infructueuses). Ni le médecin ni la femme porteuse estiment que la remise de l'enfant à ses parents soit la cause de la maladie.

I went to see my doctor, because I knew something wasn't right. He didn't want to give me medication, because it wasn't a severe postpartum, but I still have some of it. He said it wasn't because of the fact that I gave a child away; it was a fact that I had a C-section. I agreed with him. (Karen, femme porteuse)

Geneviève a quant à elle dû subir une hystérectomie pour éviter la propagation d'un cancer causé selon elles par la prise successive de fortes doses d'hormones lors de ses deux expériences de GPA :

J'ai eu des complications après avoir accouché. À cause de la médication pour inciter la grossesse...c'était trop demander à mon corps. Il était déjà parfaitement capable de fonctionner sans médication. De quadrupler ses besoins avec des hormones, ça l'a détruit. J'ai dû subir une hystérectomie complète à cause de ça. (Geneviève, femme porteuse)

L'ablation de son utérus a mis fin à ses projets d'avoir d'autres enfants pour elle-même ou, encore, de vivre une troisième grossesse pour autrui. La joie d'avoir contribué à fonder ainsi deux familles se mélange au deuil de la stérilisation, une douleur partagée par la mère d'intention de son premier projet de GPA avec qui elle entretient toujours une grande complicité.

Quand j'ai eu ma chirurgie pour mon utérus, elle [la mère d'intention] m'a appelé la veille, et elle m'a dit : « Ça m'affecte tellement que tu doives le perdre. Ton utérus, c'est comme le mien. J'ai l'impression de revivre une deuxième fois mon hystérectomie ». (Geneviève, femme porteuse)

Consciente des risques associés à la médicalisation du processus de GPA et à l'accouchement, Geneviève assume pleinement et défend ses choix en matière d'autonomie reproductive. Elle est toutefois très critique par rapport à la diffusion pusillanime de mises en garde de la part des cliniques de fertilité. Selon elle, cela mériterait d'être consolidé afin de permettre aux femmes porteuses pressenties de prendre des décisions éclairées.

J'avais fait mes recherches, j'étais prête à accepter les risques. Mais c'est une information qu'ils ne partagent pas assez. Ils ne veulent pas faire peur aux mères porteuses qu'ils recrutent. Il y a une grosse pénurie de mères porteuses au Canada – on a tellement de gens qui viennent de partout dans le monde – qu'ils ne veulent pas prendre la chance qu'il y a quelqu'un qui prenne peur et qui revire de bord. Ça fait qu'ils ne partagent pas ça. Ils te donnent un petit pamphlet plié en mille morceaux pour ne pas que tu puisses l'ouvrir, genre. (Geneviève, femme porteuse)

Au même titre que le deuil périnatal, les conséquences imprévues telles la dépression postpartum de Karen, ou encore l'hystérectomie vécue par Geneviève sont souvent passées sous silence dans les discussions concernant la GPA et, plus largement, la procréation assistée.

8.6 Résumé du chapitre

La mise en pratique de la gestation pour autrui se décline en cinq temps : avant et pendant la grossesse, l'accouchement, les premiers moments suivant immédiatement la venue au monde du nourrisson et, enfin, après la naissance de l'enfant, lorsque les membres de la triade se séparent pour vaquer à leurs occupations. Chacun de ces temps soulève des enjeux sur le plan relationnel entre les personnes concernées. Pour faire face à l'incertitude, elles mettent en place des rituels pour donner sens au processus d'enfantement, mais aussi, et surtout, pour circonscrire leurs rôles respectifs se situant à la marge de la maternité.

Le prochain chapitre poursuit cette séquence de la médiation procréative, en explorant cette fois-ci la mise en pratique du don d'ovules.

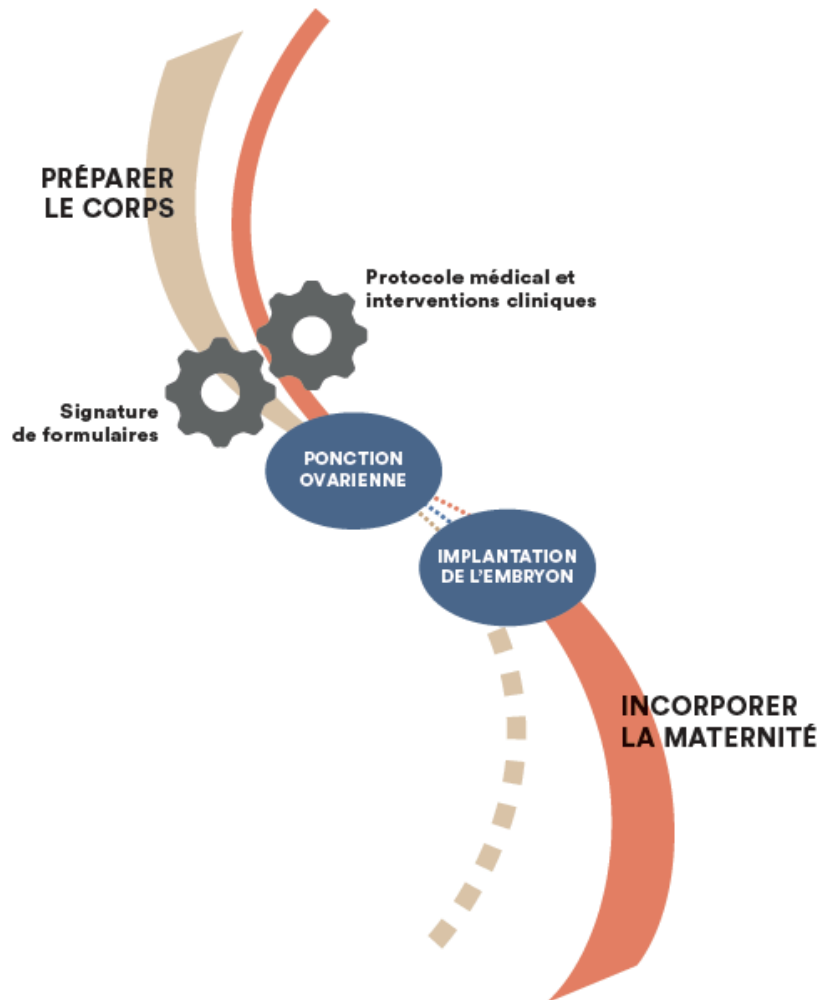
Chapitre IX. Un don qui tisse des liens entre elles

Extraire le gamète *de soi*, incorporer la maternité *en soi*

Dans ce chapitre, je poursuis la présentation de la médiation procréative en me penchant cette fois-ci sur la *mise en pratique* du don d'ovules, qui correspond à la même séquence du processus d'enfantement que celle présentée plus tôt pour la gestation pour autrui. Pour ce faire, je mets en dialogue les récits de seize femmes concernées, soit dix donneuses et six mères d'intention ayant eu recours à cette pratique. Donner et recevoir un ovule se décline en quatre étapes successives, provoquant la permutation du gamète féminin en maternité incarnée : la préparation et l'extraction des ovules du corps de la donneuse, puis l'implantation de l'embryon et la gestation du fœtus dans celui de la receveuse.

Le protocole médical et les procédures administratives amènent les donneuses à accoler un sens dépourvu de connotation maternelle à leur contribution. Pour sa part, la grossesse permet à la mère d'intention d'incorporer la composante génétique de la maternité dans sa chair, tandis que l'accouchement comme acte institué scelle son rôle en lui octroyant immédiatement les droits et les responsabilités attribués à la mère. Ce faisant, l'incertitude qui imprègne le processus de GPA n'a pas les mêmes prises dans le cas du don d'ovules, puisque la filiation légale de l'enfant ne peut être contestée. La figure suivante illustre l'expérience corporelle « à relais » des deux femmes concernées :

Figure 8. L'expérience relayée du don d'ovules



9.1 Préparer le corps

Comparativement à la gestation pour autrui qui capte toute l'attention médiatique et le don de sperme qui fait l'objet de discussion depuis longtemps, le don d'ovules est selon les participantes, tant les donneuses que les mères d'intention, un processus nouveau et peu connu, dont les tenants et aboutissements demeurent vagues pour le commun des mortels.

Il y a eu beaucoup de discussions sur les mères porteuses. Sur les dons d'ovules, beaucoup moins. Pourtant, le don de sperme existe et on en parle à n'en plus finir. Les origines des enfants, et tout ça. Je crois que les gens sont juste mal informés, et ne savent pas trop en quoi consiste le don d'ovules. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Quand tu commences à parler de ça, tout le monde veut te donner ses ovules. Mais quand tu entres vraiment dans le concret...on ne parle pas de rien, là. [...] Ce n'est pas une niaiserie. Ce n'est pas une histoire de : « Je prends une pilule et c'est fini ». C'est long et compliqué. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Comme en témoigne Marie-France, le don d'ovules n'est pas une pratique anodine. Il comporte une succession de procédures dûment codifiées selon une marche à suivre que les donneuses doivent respecter rigoureusement pour en assurer le succès. Les préparatifs sont alors sous leur entière responsabilité. À cette étape-ci, les mères d'intention les accompagnent à distance, en s'enquérant par exemple de leur bien-être et de la réponse de leur corps par rapport aux traitements.

9.1.1 Stimuler l'ovulation

Dans le but de maximiser la récolte d'ovules lors de la ponction, les donneuses ont toutes suivi un protocole pour stimuler leur fertilité, hormis une seule qui a exigé de faire un don selon son cycle naturel. Ledit protocole implique la prise de médicaments et des injections d'hormones plusieurs fois par jour pour une période variant d'une à plusieurs semaines. L'adage « La fin justifie les moyens » est éloquent, puisqu'il résume bien leur attitude face aux nombreux désagréments que cela implique dans leur vie. Katerine, une femme ayant offert ses ovules à un couple d'amis, raconte :

Giving the circumstances, it was a sacrifice I was willing to make. For the hormone therapy, I had to do hormone shots, twice a day. For one month. It was a big inconvenient. It wasn't the end of the world, though, it wasn't forever. I'm comfortable with giving me doses, and I never had any problems injecting myself. That was just...I gotta do it, I gotta it! I'm committed to the whole idea of doing it, so it was fine. (Katerine, donneuse d'ovules)

Malgré leurs recherches sur divers sites Internet et les explications du personnel de la clinique, le don d'ovules demeure un processus abstrait dans la tête des donneuses, comparativement à d'autres pratiques de procréation assistée telles que la GPA et le don de sperme dont la teneur du déroulement est plus accessible et facile à comprendre. En effet, donner ses ovules est une pratique d'exception dont les moments-clés sont confinés à l'enceinte des cliniques de fertilité et requièrent l'expertise biomédicale, de même que l'usage de technologies

de pointe. Comme l'explique Véronique, l'achat des médicaments rend soudainement plus concrète l'ampleur de la tâche qui leur est dévolue.

J'ai eu un choc en allant chercher les médicaments. Je me disais : « Il va y avoir des petites fioles, et je vais me piquer ». Tout simple. Mais là, j'en ai eu pour deux gros sacs d'épicerie [rires]. J'ai fait comme : « Tu me niais-tu? ». Je ne pouvais pas croire que j'allais tout m'injecter ça pendant dix jours [petit rire]. C'est fou! (Véronique, donneuse d'ovules)

Le don d'ovules va bien au-delà de la ponction ovarienne même, puisque cela implique un ensemble de procédures réparties sur plusieurs mois, dont de multiples examens et tests de dépistage en clinique. Les donneuses doivent alors s'absenter du travail, et puiser dans leur banque de congés ou prendre une journée sans solde. En l'absence de cliniques spécialisées dans certaines régions administratives, certaines doivent aménager leur horaire en conséquence et planifier des séjours prolongés pour remplir leurs obligations, ce qui n'est pas sans poser plusieurs embûches sur le plan financier et de la gestion du temps.

Il y a énormément d'étapes et, dès que tu n'es pas de Montréal ou de Québec, c'est pratiquement impossible d'en donner. Si j'avais eu un emploi traditionnel, probablement que je n'aurais pas pu aller au bout du processus. Pour un employeur, avoir des rendez-vous à Montréal à tout bout de champ, alors que ce n'est même pas pour une question de santé... c'est juste moi qui m'entête à dire : « Je donne des ovules ». (Sarah, donneuse d'ovules)

Les injections ont rebuté plusieurs donneuses, qui ont parlé abondamment de leur aversion des piqûres lors des entrevues. D'ailleurs, la crainte des aiguilles et des bulles d'air dans les seringues ont causé chez certaines femmes des attaques de panique au tout début du protocole.

C'est vraiment un blocage psychologique. Ça m'a pris facilement une demi-heure, 45 minutes pour me décider la première fois. Je me disais : « Voyons donc, ça se peut-tu? C'est dans la tête, ça ne fait pas mal ». Les cinq premiers jours, ça a été comme ça. À un moment donné, j'ai pris un verre de vin pour me calmer les nerfs [rires]. [...] À la fin, j'étais vraiment contente de moi. C'était une petite réussite personnelle d'avoir passé au travers. (Véronique, donneuse d'ovules)

Les participantes ont déployé différentes stratégies pour surmonter ces craintes, comme faire appel à une personne de son entourage ou à une infirmière du CLSC pour procéder aux injections. Parvenir à le faire soi-même ou se rendre jusqu'au bout du processus est alors une source de fierté. Les injections d'hormones accaparent aussi énormément d'énergie et de temps, ce qui alourdit leur tâche et la rend encore plus rébarbative. Le souci de bien faire les choses, de la bonne façon et au bon moment, ajoute un poids sur les épaules des donneuses. En cas d'erreur, rappelle Véronique, l'ensemble du protocole peut être compromis, en plus de générer possiblement des conflits entre la donneuse et la receveuse :

Il faut que ça soit au froid, donc j'avais tout le temps ma boîte à lunch avec moi. J'avais des mémos dans mon agenda pour ne pas oublier. Il y a certaines injections qu'il faut que ce soit vraiment pris exactement à la bonne heure sinon ça ne marche pas. C'était stressant. Des fois, s'il arrive un imprévu, je ne voulais pas *scrapper* le processus. Ça met beaucoup de pression quand même. Ce n'est pas pour moi, justement. Je ne voulais pas faire de frictions entre nous. (Véronique, donneuse d'ovules)

Au regard de l'ensemble des discours des donneuses, ces dernières sont promptes à préciser que, malgré les difficultés rencontrées, « ce n'est pas si pire que ça » et que « le jeu en vaut la chandelle ». Même les effets secondaires de la stimulation ovarienne tels les maux de ventre, les crises de larmes et la fatigue sont jugés, en rétrospective, un moindre mal.

Une femme qui suit ces traitements-là pour elle-même, j'imagine qu'elle vit une pression, un stress et beaucoup d'émotions. Mais moi, je n'ai pas vécu ça. Ma famille, je l'ai déjà. C'était plus facile. Physiquement, j'ai eu de gros maux de ventre, ça ressemblait un peu à des petites contractions d'accouchement au début. Les trois derniers jours étaient les plus difficiles. Même marcher me faisait mal. Je réagissais très bien au traitement, par contre. Ce n'était pas si pire que ça, quand j'y repense. (Véronique, donneuse d'ovules)

Les donneuses balaient vite du revers de la main leurs réactions d'alors qu'elles qualifient aujourd'hui de démesurées. Elles minorent la douleur momentanée des injections qu'elles ont vécue en la comparant à celle, beaucoup plus viscérale à leurs yeux, causée par l'infertilité des mères d'intention qu'elles souhaitent aider. Leur sollicitude passe par la sublimation de leur propre inconfort, ou la minimisation des répercussions collatérales des traitements dans différentes sphères de leur vie, dont la sexualité.

9.1.2 Mettre en suspens la sexualité du couple

L'ensemble du processus de préparation du corps amène les donneuses à mettre en suspens leur sexualité ou à éviter d'avoir des rapports sexuels pouvant mener à la conception. En effet, la stimulation de l'ovulation par la prise d'hormones fait en sorte que les femmes sont extrêmement fertiles pour quelques semaines. Sous recommandation du médecin, la majorité a pratiqué l'abstinence durant cette période qui peut s'échelonner sur plusieurs mois.

Le seul truc...c'était le côté sexuel, parce qu'on ne pouvait pas avoir de relation *avant*, parce que j'étais beaucoup trop fertile. *Pendant*, bien...ça fait mal, tu n'as juste pas envie. Et tu ne peux pas prendre ta pilule. *Après*, il faut attendre encore un peu, parce qu'il peut rester des ovules. Ça fait que j'ai été bloquée comme six mois. (Anaïs, donneuse d'ovules)

Les donneuses ignoraient cette répercussion avant d'entamer le processus de don. Une fois informées, les femmes en couple avec un homme ont discuté avec lui des impacts que la recommandation d'abstinence pouvait avoir sur leur dynamique conjugale. Selon les femmes concernées telle Gabrielle, leur partenaire a été compréhensif, sachant que la situation était temporaire.

L'intervention s'est faite début août, et je pense qu'on a commencé à pratiquer l'abstinence en juin. Je ne voulais pas qu'il arrive une *bad luck* pendant ce temps-là [rires]. Mon conjoint était déjà au courant, je lui avais dit : « Il n'est pas question qu'on prenne une chance ». On disait à la blague : « Touche-moi pas, on va avoir des quintuplés! » [rires]. Oui, il y a eu des impacts, mais ce n'était pas la fin du monde. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Les deux donneuses qui n'étaient pas, selon leurs dires, en « relation sérieuse » au moment du don, mais qui fréquentaient un ou plusieurs partenaires intimes, ont choisi de suspendre ou de mettre fin à leurs fréquentations, estimant que les deux n'étaient pas compatibles dans leur vie à ce moment-là. « Mauvais timing », résume l'une d'elles. Cela montre une facette insoupçonnée du don d'ovules, pour lequel des sacrifices sur les plans social, relationnel et sexuel sont aussi demandés aux donneuses pour le concrétiser.

9.1.3 Prendre soin de l'autre

Au-delà des injections et des procédures médicales, un travail relationnel se déploie entre la donneuse et la receveuse pendant ces préparatifs, où l'assistance et la sollicitude de l'autre sont au cœur de leur démarche commune. Par des petites attentions et des gestes qui les rapprochent même physiquement, les deux femmes construisent une proximité de circonstance. Ce fut entre autres le cas d'Amélie et de sa receveuse, une connaissance qui gravitait avant le don en périphérie de son cercle d'amis :

Plus on avançait dans le processus, plus elle était dans le *care* avec moi, ce qui était moins présent dans notre amitié au départ. J'ai noté une transformation dans son attitude, sans être déplacée ou en faire trop. Elle me touchait beaucoup plus. Ça s'est vraiment développé tranquillement. Je sentais que ce qu'elle vivait sur le plan émotif, c'était super intense. On était en phase dans les intensités pour des raisons un peu différentes, mais en même temps. (Amélie, donneuse d'ovules)

Cela s'avère particulièrement le cas chez les femmes qui entretenaient déjà une relation en tant qu'amies avant le début du processus d'enfantement; selon Véronique, le don vient alors solidifier l'amitié et lui insuffler « un petit quelque chose de spécial » qu'on ne retrouve pas nécessairement dans les autres relations amicales. Pour le don entre femmes jusqu'alors inconnues, comme c'est le cas pour Sarah et sa receveuse, une telle complicité émerge lorsque les circonstances leur permettent de passer ensemble du temps de qualité :

Ils [les parents d'intention] m'offraient toujours l'hébergement. Je refusais toujours, mais à une occasion, je devais rester plus longtemps, et j'ai accepté leur invitation. J'y allais avant le don tous les deux jours. Pendant ce temps-là, lui était à l'extérieur, alors j'ai passé beaucoup de temps avec elle et on s'est donc beaucoup rapprochées. On blaguait un peu, et on se disait que son chum allait être déçu d'avoir manqué ça quand il allait revenir, parce qu'on était vraiment rendues plus complices. (Sarah, donneuse d'ovules)

Prendre soin de l'autre n'est pas uniquement l'apanage des mères d'intention. En effet, les donneuses contribuent aussi au travail relationnel, notamment en stimulant l'enthousiasme chez les futurs parents dont la motivation périclité face aux difficultés rencontrées pendant le processus. Gabrielle et Anaïs, deux femmes ayant donné des ovules pour des personnes très proches (la première pour une très bonne amie, et la deuxième pour son frère aîné et son conjoint), partagent leurs impressions à ce sujet :

On est des gens qui niaient beaucoup, donc c'était toujours des blagues par-dessus blagues. On avait lu que manger des ananas, ça pouvait aider pour l'endomètre. Ça fait qu'elle mangeait toujours un ananas avant chaque échographie [rires]. On n'a aucune idée si ça marchait, mais c'était notre *running gag*. Je pense que ça l'aidait, justement, à passer au travers du processus. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Moi, j'étais comme la *cheerleader* : « Bien non, les gars, ça va bien aller! On ne baisse pas les bras! ». (Anaïs, donneuse d'ovules)

L'utilisation de l'humour permet d'alléger la lourdeur du processus, tandis qu'une attitude positive en irrigue l'aridité. Or, soutenir l'autre dans cette épreuve représente un défi certain lorsqu'on est soi-même aux prises par des émotions bouleversantes. Anaïs révèle à ce propos sa volonté de préserver son entourage des craintes qui la tenaillaient juste avant la ponction en endossant un sourire de façade :

Juste avant l'opération, j'étais stressée, j'avais envie de pleurer, mais je ne voulais pas le faire devant eux. Je regardais par la fenêtre, et je me disais : « Il ne faut pas que je pleure ». J'entendais la voix de mon frère : « Ça va? ». « Oui, ça va! [d'une voix euphorique] ». Je me suis dit : « Ils doivent se sentir mal de me faire vivre ça. Ils ne peuvent pas m'aider. Ils ne peuvent pas comprendre ma douleur ». Dès que je me calmais, ça allait mieux. (Anaïs, donneuse d'ovules)

Dès l'étape de la préparation du corps de la donneuse, une dynamique s'instaure entre les femmes. « Prendre soin » signifie pour les mères d'intention d'être à l'écoute des besoins de la donneuse, soucieuses de son bien-être. Bien qu'elles posent déjà un geste altruiste en réponse à l'infertilité ou l'infécondité du couple, les donneuses insufflent quant à elles un enthousiasme de bon aloi, et gardent à l'occasion le silence sur leur inconfort pour ne pas causer de l'inquiétude autour d'elles.

9.2 Extraire les ovules

Après que le protocole pour stimuler sa fertilité ait été suivi à la lettre par la donneuse, la prochaine étape consiste à extraire les ovules de son corps. Dans la « course à relais » du don, il s'agit de l'étape ultime avant que la donneuse passe le témoin à la receveuse. Grâce au travail assidu de la donneuse qui lui procure une nouvelle chance de concrétiser son rêve, la mère d'intention amorce sa course avec un enthousiasme renouvelé :

C'est sûr qu'on se parlait par Facebook, mais bon, à n'importe quel moment, j'aurais pu lui dire : « Finalement, ça ne me tente plus ». Quand elle m'a vue le matin, qu'elle a vu que j'avais pris toutes les hormones et que j'avais fait toutes les démarches, elle était tellement émue et tellement contente que ça se réalise. Elle n'arrêtait pas de me serrer dans ses bras et de m'embrasser sur les joues. J'étais fière de lui procurer ce bonheur-là. (Emmanuelle, donneuse d'ovules)

Le moment de la ponction est éminemment chargé émotionnellement, à la fois par le sentiment de gratitude de la mère d'intention envers la donneuse, mais aussi le mélange de fierté et d'angoisse ressenti par cette dernière face à l'épreuve qui l'attend.

9.2.1 Faire face à la douleur

« Le don de sperme se fait dans le plaisir, tandis que le don d'ovules se fait dans la douleur », déclare Sarah avec mordant, soucieuse de mettre en lumière cette distinction majeure entre les deux types de dons. Bien que transmettant chacun les gamètes nécessaires à la création de l'embryon, ils se concrétisent en effet de façon très contrastée selon le genre. Endosser une vision symétrique des dons en relevant uniquement leur apport génétique équivalerait ainsi la dimension différenciée du processus, lequel sollicite éminemment plus le corps des femmes que celui des hommes. Pour plusieurs donneuses comme Katerine, la ponction s'est en effet avérée très douloureuse :

The actual extraction, that was bloody painful. I have a high tolerance for pain, I can take it, but man...I was sweating bullets [souple]. That was really painful. So that's the part that I would rather not do again. If there was an easier way of doing it, perhaps I would consider doing it again, but not otherwise! [rires] (Katerine, donneuse d'ovules)

Sans affirmer n'avoir ressenti aucune douleur, certaines donneuses mentionnent toutefois que l'opération n'a pas été aussi difficile que l'expérience dépeinte dans les rares récits disponibles. Pour Mahée, les douleurs abdominales causées par son hyperstimulation, c'est-à-dire une multiplication excessive (et potentiellement dangereuse) des follicules ovariens qui rend les ovaires gros et douloureux, ont été pour elle plus inconfortantes que la ponction : « Ce n'était pas le fun, mais ce n'est pas une douleur qui m'a marquée à vie, raconte-t-elle. Par contre, c'était vraiment inconfortable avec les ovaires gonflés ».

Sur les dix donneuses rencontrées, deux ont vécu une hyperstimulation ovarienne, laquelle a même nécessité pour l'une d'entre elles une prise en charge hospitalière d'urgence. Ces cas rappellent que le don d'ovules est un processus comportant des risques pour la santé des femmes. Il en est de même pour la ponction, une opération chirurgicale invasive qui, dès lors, peut présenter des complications, comme l'a appris à ses dépens Anaïs :

Il m'a piqué dans la *noune*, puis je me suis évanouie. Quand je me suis réveillée, j'étais seule dans une petite salle. J'ai présumé que l'opération était finie. J'avais tellement mal au ventre, mon Dieu que ça faisait mal! J'étais paralysée, je ne sentais plus mes jambes. Les médicaments contre la douleur ne fonctionnaient pas. Et j'étais littéralement couverte de sang. J'avais l'air comme dans un film; je suis en train de me faire voler un rein! Je lui ai dit [à l'infirmière] : « Je ne sens pas mes jambes ». Elle me répond : « Ce n'est pas normal ». Super professionnel de dire ça devant une patiente [ton sarcastique]. Elle part, elle revient, puis me dit : « On va essayer d'aller aux toilettes. Il va falloir que vous fassiez pipi, parce que si vous n'êtes pas capable...c'est parce qu'on a coupé un de vos organes internes. Si c'est le cas, il va falloir vous opérer d'urgence ». (Anaïs, donneuse d'ovules)

L'expérience de la douleur causée par la ponction et sa mise en récit varient d'une femme à l'autre. Peu importe la situation relatée, un constat demeure : le discours des donneuses est empreint d'abnégation et de dévouement. « Vaut mieux se concentrer sur le beau et le bon, plutôt que s'attarder sur le négatif », résume à cet effet Anaïs, consciente que ses propos peuvent paraître démesurément naïfs ou enjolivés au regard de son expérience pour le moins traumatisante. Les propos des donneuses laissent ainsi transparaître leur motivation initiale d'aider un couple à devenir parents, ainsi que la force de leur résolution d'aller jusqu'au bout du projet, malgré le passage obligé de la médicalisation inhérente au processus de don d'ovules qui peut les rendre vulnérables.

Je savais qu'il fallait que je prenne des hormones, mais le choc sur le corps était quand même plus grand que je ne l'aurais cru. Après ça, j'étais fatiguée, j'ai vomi et j'ai eu mal au ventre. Ça n'a pas duré super longtemps, mais quand même. Je suis peut-être un petit peu *moumoune*. C'est un don de soi quand même, c'est un gros cadeau qu'on fait. Si je n'avais pas eu un couple attentionné, aux aguets et qui me disait : « Tu peux rester à Montréal aussi longtemps que tu le veux », ça aurait été facile de me sentir utilisée. (Sarah, donneuse d'ovules)

Les mères d'intention assistent généralement à la ponction aux côtés des donneuses. La plupart du temps, elles se sentent impuissantes et inutiles, ne sachant pas exactement quoi faire pour les soutenir ou de quelle manière le faire. Plusieurs mères d'intention connaissent la virulence de cette épreuve, ayant elles-mêmes vécu l'expérience lors de FIV précédentes. Leur présence réconfortante est néanmoins très appréciée par les donneuses, puisqu'elle leur rappelle la raison qui les pousse à s'astreindre à ce processus.

It felt I had to have somebody there with me...that I was doing it for. So she was there holding my hand, and she was so distressed too. She saw how I was handling. She didn't know it was going to be this either. She was clearly distressed. She tried to comfort me. It was helpful, it was nice. It was definitely a good thing that she was there. (Katerine, donneuse d'ovules)

Elle m'a demandé si je voulais qu'elle vienne dans la salle d'opération. J'étais comme : « Je ne pense pas ». Elle était : « T'es sûre? Ça fait quand même mal. Je peux être là, si tu veux ». J'ai dit oui. J'étais contente qu'elle soit là, finalement. C'est quand même pour elle que je faisais ça, pour qu'elle soit mère. Elle m'a tenu la main pendant toute l'opération. (Amélie, donneuse d'ovules)

En bref, tout comme pour les injections décrites à l'étape précédente, les donneuses ont tendance à amoindrir les répercussions indésirables du don, au profit de ses retombées positives espérées pour le couple. À leurs yeux, contribuer à l'enfantement en assumant les coûts physiques qu'exige la ponction ovarienne est un mal nécessaire, un sacrifice noble qu'elles sont prêtes à accomplir pour arriver à leurs fins.

9.2.2 Un don qui abime le corps

En plus des procédures médicales invasives, les traitements hormonaux usent le corps des donneuses. Plus de la moitié des femmes rencontrées ont évoqué en entrevue différentes complications ou effets secondaires prolongés suite à leur don. Plusieurs ont eu de la difficulté à retrouver un cycle menstruel régulier après plus d'un an, tandis que deux donneuses, Emmanuelle et Anaïs, ont eu des infections aux yeux ayant causé une baisse de vision temporaire.

Il y a des risques dont on ne m'avait pas parlé, comme la baisse de vision. Il semblerait que j'ai perdu de la vision dans un œil. Les hormones sont en train de baisser et ma vue a recommencé à devenir bonne. Ils m'ont dit que les hormones pouvaient modifier la vision. Temporairement ou de façon permanente. (Emmanuelle, donneuse d'ovules)

J'ai eu des infections aux yeux causées par les hormones. J'avais aussi des rash, j'étais mauve partout dans le visage. On dirait que mon corps s'en est souvenu. Il a dit : « Ma coquine, tu ne me feras pas ça une deuxième fois! On va réagir, comme ça, ça va te décourager et tu vas arrêter ». Mais je n'ai pas arrêté, j'ai persévéré. (Anaïs, donneuse d'ovules)

Le « choc sur le corps » mentionné par Sarah dans un extrait précédent est évoqué et repris de différentes façons par les autres donneuses. Bien qu'ayant reçu une longue liste de mises en garde au début du processus de la part de l'équipe médicale, elles ont tout de même été surprises par les effets inattendus du traitement et leurs réactions corporelles et émotionnelles après l'opération.

Mes hormones normales étaient déboussolées. Ils m'avaient dit : « Tu vas avoir mal au cœur, tu vas vomir, tu vas avoir toujours faim, tu vas te sentir toujours en SPM, tu vas manger, tu vas toujours être aigrie, tu vas prendre du poids ». Motivant! Ça me tente! [ton sarcastique] Finalement, ce fut l'inverse. J'ai perdu beaucoup de poids. Surtout les seins. C'était un fléau. (Anaïs, donneuse d'ovules)

La persévérance, voire l'entêtement d'Anaïs doivent être resitués dans le contexte d'un don intrafamilial pour son frère, où une certaine pression se fait sentir. Le geste d'amour qu'elle pose en tant que sœur cadette comprend en effet des retombées multiples et s'inscrit dans une trame familiale « tissée serrée », permettant à la fois à son frère et son beau-frère desquels elle est très proche de devenir pères et de fonder une famille, et à ses parents de devenir grands-parents.

Comparativement au don de sperme des hommes qui n'affecte en rien leur fertilité, le don de gamètes chez les femmes a pour conséquence de réduire leur réserve ovarienne et, conséquemment, leurs possibilités futures d'enfanter. Il s'agit d'ailleurs d'une répercussion longuement discutée par l'équipe médicale avec les sept donneuses n'ayant pas d'enfant. Ces dernières ne parlent jamais d'un « gaspillage » des ovules prélevés, mais certaines se demandent

si leur don pourrait un jour affecter leur propre projet de fonder une famille. Il s'agit aussi d'une préoccupation partagée par les mères d'intention.

Mon amie sait que ça fait plusieurs mois qu'on essaie. « Je me sentirais mal si ça ne fonctionne pas, à cause de ton don ». C'est déjà assez difficile de concevoir un enfant, ça n'a peut-être même pas aucun rapport. Je lui ai dit : « Ne te stresse pas avec ça ». (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Malgré les nombreux cas répertoriés dans ce groupe restreint de participantes, une seule donneuse a bénéficié d'un suivi post-ponction avec une professionnelle de la santé, sous la forme d'un rendez-vous téléphonique qu'elle a toutefois sollicité elle-même. Étant inquiète par rapport à des effets secondaires persistants, elle a pu discuter avec une infirmière pour avoir l'heure juste. Les neuf autres donneuses n'ont jamais eu d'autres contacts par la suite avec la clinique. Celles qui ont la chance d'avoir un médecin de famille ont pris rendez-vous avec lui ou elle pour un bilan de santé, profitant de l'occasion pour lui partager leurs préoccupations des effets à long terme du don d'ovules.

9.2.3 La pression de performer

Le résultat de la ponction d'ovules s'avère toujours incertain. « On s'est croisé les doigts pour qu'il y en ait plusieurs de bonne qualité », partage Anaïs. Dans leurs témoignages, les donneuses ont toutes laissé glisser l'indice d'une certaine pression ressentie par rapport au résultat tant attendu. Sarah parle même d'un souci de performance qui titille ton esprit compétitif :

Je me sentais un peu bizarre dans le lit. C'était comme si mon esprit compétitif ressortait. J'étais vraiment fière d'avoir produit trente-huit ovules. Je me sentais vraiment euphorique. Avec autant d'ovules d'un coup, je comprends aussi pourquoi j'étais brûlée! (Sarah, donneuse d'ovules)

Au-delà du nombre d'ovules prélevés, il faut aussi prendre en compte leur qualité et l'attrition résultant du double processus de fécondation in vitro et de décongélation, le cas échéant. Pour certaines donneuses comme Emmanuelle, le résultat final s'avère parfois décevant, considérant les efforts et les ressources investis dans le processus.

Il y a eu seize ovules prélevés. Onze matures, et un seul fécondé. Ça leur coûte très cher d'avoir payé la ponction pour un seul embryon. Si au moins ils en avaient eu deux ou trois, ils auraient pu avoir deux ou trois essais. Alors que là, c'est un seul essai et ça se peut qu'il ne survive pas à la décongélation. (Emmanuelle, donneuse d'ovules)

Le contrôle de soi exemplaire des donneuses pendant le traitement n'implique aucunement un contrôle comparable sur le nombre d'ovules prélevés, ce dernier demeurant imprévisible et, surtout hors de leur pouvoir. Malgré tout, certaines vont tout de même s'excuser auprès du couple d'intention pour ce qu'elles estiment être une piètre performance de leur part.

9.2.4 Circonscrire l'ovule à un matériau génétique

La plupart des donneuses font référence à la symbolique du « cadeau de vie » pour évoquer leur don envers la receveuse ou le couple d'intention. Les interventions cliniques et le vocabulaire technique dans lesquels baignent les femmes concernées pendant tout le processus invitant toutefois les donneuses à ne pas lier leur ovule à une quelconque forme de maternité pour elles-mêmes, mais bien à le rattacher à un fœtus se développant dans l'utérus de la mère.

On m'a juste prélevé un petit quelque chose lors de la ponction. Pour moi, la vie, elle commence pendant le neuf mois que tu l'as dans la bedaine. Là, tu en vis des affaires avec la personne. On est tellement dépendant de la mère, celle qui nourrit pendant la grossesse. Moi, je vais avoir été là pendant...je ne sais pas, les dix jours que ça prend pour former des cellules? Ce sont juste des cellules qui se touchent, il n'y a pas encore aucune sensation. Tandis que dans le ventre de la mère, oui. (Sarah, donneuse d'ovules)

Par la ponction ovarienne, le gamète est extrait du corps de la femme. En tout temps, l'ovule demeure intangible et désincarné, impossible à voir et à manipuler sans le recours à des technologies biomédicales en laboratoire. Conséquemment, les donneuses en conservent une idée abstraite, dont la seule image se résume aux points noirs vus rapidement sur l'écran au moment de l'opération ou encore, aux modélisations présentées dans les manuels de biologie. Elles associent souvent leur don de matériau génétique à d'autres types de dons de matières organiques tel le sang ou un organe humain. Certaines donneuses comme Maxine soulignent toutefois deux différences majeures entre ces dons :

Je donne mon ovule, c'est pour que quelqu'un puisse créer la vie, tandis que le don de sang, c'est pour conserver la vie. Il y a quelque chose de plus, avec le don de gamète. Tu crées un être humain, versus t'empêches un être humain de mourir. C'est un service rendu, c'est clair, mais pour moi, c'est à un autre niveau. Je pense qu'il y a aussi la question de l'identité. Le sang, ce n'est pas relié à l'identité. Le bagage génétique, c'est lié à d'où on vient. (Maxine, donneuse d'ovules)

En bref, les interventions cliniques distinguent les deux femmes par leur rôle respectif de donneuse et de receveuse et utilisent une nomenclature médicale dépourvue de la symbolique maternelle pour identifier les ovules. Il s'agit d'une balise organisationnelle qui oriente le tracé de l'expérience « à relais » du don d'ovules, à l'instar des formulaires de consentement.

9.2.5 Céder ses droits et renoncer à son patrimoine génétique

Outre les procédures médicales et leur taxonomie, les formulaires signés à la clinique représentent un autre dispositif qui incite les donneuses à associer l'essence de leur don à un matériau génétique extrait de leur corps. Comme le mentionnent Sylvie et Anaïs, ces documents préparés par les cliniques visent à obtenir le consentement des femmes impliquées dans l'entente de don :

Au départ, quand tu es dans un processus de don d'ovules, il y a des consentements, des documents standards qui sont signés. Huit pages. C'est le consentement de la donneuse et celui de la receveuse. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Tu donnes un ovule. Ce n'est plus le tien dès qu'il sort de ton corps. On signe des papiers pour ça. Dès que l'ovule est sorti de mon corps, il ne m'appartenait plus. C'est ça que j'ai signé. Les embryons ne m'appartiennent pas non plus. Que si mon frère meurt, les ovules vont à son chum. Et si les deux meurent, là, les embryons me reviennent. Mais c'est tout. (Anaïs, donneuse d'ovules)

En apposant leur signature, les femmes doivent se rallier à ce qui est écrit noir sur blanc dans le document et endosser dans une certaine mesure sa portée normative. « C'est écrit très clairement que je suis juste une donneuse », déclare à ce propos Véronique, soulignant au passage le caractère obligatoire de ce dispositif pour aller de l'avant dans le processus.

9.3 Implanter l'embryon

La troisième étape du processus de don consiste à la création de l'embryon, lequel a été conçu en laboratoire avec le sperme du père d'intention et l'ovule de la donneuse suite à la ponction, puis son implantation dans l'utérus de la mère d'intention. Dans cette expérience de procréation à relais, la donneuse passe alors le témoin à celle qu'elle a voulu aidée, marquant d'une certaine façon la fin de son implication directe dans la mise en pratique de l'enfantement : « La donneuse est là à un moment précis, tu es là au moment du don, explique Amélie, une donneuse d'ovules. Une fois que tout est là, que tous les morceaux sont là, je me retire. C'est ça mon rôle », conclue-t-elle.

Un délai entre le moment de la ponction de la donneuse et celui de la fécondation de la mère d'intention peut survenir, notamment lorsque l'usage d'ovules « frais » s'avère impossible. La congélation des embryons est la solution, comme l'explique Véronique :

On était supposés faire un transfert direct, mais deux jours avant la ponction, ma collègue a passé une échographie et elle n'était plus prête à recevoir. La qualité de son utérus s'était dégradée. Ils n'ont pas eu le choix de refaire le processus pour elle. Et de faire congeler les embryons. Des délais encore. On a vraiment hâte d'avoir des nouvelles, parce que ça fait vraiment longtemps qu'on est dans le processus. (Véronique, donneuse d'ovules)

L'impossibilité de synchroniser les cycles menstruels des deux femmes selon l'échéancier établi entre elles au préalable, une réponse insatisfaisante de l'endomètre de la mère d'intention après les traitements hormonaux ou, encore, la nécessité pour le couple d'intention d'économiser suffisamment pour procéder à la dispendieuse implantation sont des exemples de circonstances qui peuvent retarder la poursuite du processus.

9.3.1 Nourrir l'espoir

L'implantation de l'embryon est suivie d'une période d'attente en vue du résultat. Comme nous avons pu le voir dans le chapitre sur la négociation de l'entente, le nombre d'embryons implantés varie selon l'époque (avant ou après l'adoption de la loi sur les activités cliniques en matière de procréation assistée), la province (au Québec ou ailleurs au Canada),

ainsi que les standards de soins observés dans le milieu hospitalier où se déroule le processus. Dans tous les cas, les mères d'intention veulent maximiser leurs chances de concrétiser leur désir d'enfant, puisque l'opportunité ne se représentera peut-être pas une deuxième fois.

Ils nous disent : « Vous avez trois beaux embryons, tous en santé. Combien voulez-vous en transférer? ». Qu'est-ce qu'on fait? Je ne peux pas dire un, et puis on jette les deux autres. « *Let's go* : on met les trois ». J'étais dans la clinique, et j'étais comme : [elle commence à parler tout bas] « On est fous. On en a mis trois, c'est une vraie *joke*. On n'a pas fait ça?! ». En arrivant à la maison, j'ai dit : « J'ai besoin de magasiner des poussettes triples ». J'avais besoin de niaiser avec ça, il fallait que j'en fasse une blague, parce que ça n'avait pas de bon sens. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

Il arrive que la tentative de FIV se solde par un échec. Les mères d'intention renouent alors encore une fois avec la douloureuse expérience de la conception non advenue. Empathiques au chagrin du couple qu'elles veulent aider, les donneuses sont aussi affectées par ce résultat décevant. Leur déception découle néanmoins de leur relation tissée entre eux, et non d'un lien avec le bébé à venir. Amélie partage son expérience à ce sujet :

Je pense que ça a été une période difficile pour elle. On s'est revues peut-être quatre mois plus tard, lors d'une soirée entre amis. On n'a pas reparlé de ça [don d'ovules]. Mais en même temps, on n'avait pas vraiment besoin d'en reparler, d'une certaine façon. Dans ma tête, c'est plus elle qui a vécu un deuil. Je suis quand même déçue que ça n'ait pas fonctionné. Ça me rend triste un peu, quand j'y pense [silence]. Essayer quelque chose qui ne marche pas, c'est comme un échec. Tout ça n'a servi à rien. (Amélie, donneuse d'ovules)

Dans le cas d'Amélie, cet échec de fécondation a mis fin au processus d'enfantement dans lequel elle s'était engagée aux côtés d'une amie. Le sentiment d'échec qu'elle ressent face à la situation lui laisse un goût aigre-doux, entre la certitude réconfortante d'avoir posé un geste altruiste empreint d'humanité et la déception débilite de ne pas y être parvenue, voire la culpabilité d'avoir peut-être tourné le couteau dans la plaie en attisant la flamme de l'espoir chez la femme qu'elle voulait pourtant aider.

9.3.2 Se positionner face à l'autre tierce de la triade

Sept donneuses ont fait un don d'ovules dirigé à une mère l'intention ayant l'intention de vivre elle-même la grossesse; trois autres l'ont fait pour un couple dans le cadre d'une GPA gestationnelle. Dans un tel cas, la receveuse de leur don est donc une femme porteuse. Questionnées par rapport à leur lien avec cette dernière, les donneuses précisent justement qu'il n'y en a pas ou, du moins, qu'il s'agit d'un lien « par ricochet », c'est-à-dire qu'elles ressentent une forme de gratitude envers elle pour sa contribution à la concrétisation du rêve du couple qu'elles veulent toutes deux aider.

La mère porteuse, on la connaît. Ça fait qu'on dit : « ON est enceinte ». On était quatre là-dedans : il y avait les deux papas, et il y avait les deux madames qui essayaient de les aider. Je ne me sens pas en compétition avec elle. Elle a un lien avec les gars, mais pas avec moi. On ne se connaît pas, elle ne ressent probablement rien par rapport à moi. Moi, j'ai comme un lien de reconnaissance envers elle, parce qu'elle a permis à mon frère et à son chum d'avoir des enfants. C'est tout. (Anaïs, donneuse d'ovules)

Si ça adonne de passer par là pendant qu'elle est enceinte et que je suis invitée à la rencontrer, ça va me faire plaisir, mais moi, je ne sens pas d'attachement par rapport à ça. C'est plus le côté social. Je suis quelqu'un de sociable qui aime rencontrer des gens. J'ai une curiosité aussi. Mais je n'ai aucun besoin particulier à ce niveau-là. Ça ne me touche aucunement. (Sarah, donneuse d'ovules)

Ainsi, si la donneuse et la femme porteuse contribuent au même processus d'enfantement basé sur le projet parental du couple d'intention, leur trajectoire d'engagement respective diffère, de même que la teneur de leur entente négociée avec les futurs parents. Il ne s'agit donc pas d'une relation nouée à quatre, mais de deux relations triadiques interdépendantes qui se chevauchent, et pour lesquelles le couple en est le pivot. Cette distinction explique l'absence de liens entre les deux femmes, hormis la reconnaissance de l'autre.

9.3.2 Décider du sort des ovules ou des embryons non utilisés

La question du sort des ovules ou des embryons surnuméraires s'est posée à la signature du formulaire de consentement de la clinique, et non au moment de la négociation de l'entente entre les personnes concernées. Trois options sont possibles : a) les offrir à un autre couple; b)

accepter qu'ils soient utilisés dans le cadre de recherches scientifiques, ou c) les détruire. Ce choix mobilise les valeurs et les croyances personnelles des participantes, de même que leurs représentations du don, de la famille et des liens de parenté. Les enjeux se présentent de façon différente selon la femme interrogée et son rôle dans la triade.

Par exemple, certaines donneuses et mères d'intention souhaitent « donner au suivant », les premières pour faire fructifier les retombées positives de leur don et les deuxièmes, par solidarité envers d'autres couples infertiles.

There was this issue about what you want to do with the leftovers if you don't use them. [Prénom de la mère d'intention] was on the opinion of just gave them up, for couples who need fertilized eggs. That was something that I didn't think of before. I was like: "hum, I guess...yeah, it's fine". I was thinking about that like "what would I do? Would I have them destroyed, or use the leftovers and gave to families in need?" It took me a couple of seconds just to play that through my mind. I agreed with her about it. (Katerine, donneuse d'ovules)

De la misma forma que estos embriones han sido una bendición para nosotros, tienen que ser una bendición para otras personas. A veces pienso que si por algunas circunstancias de la vida, yo no pudiera usar los embriones, quiero dárselos a alguien. Dárselos a una pareja que quiera tener hijos.³⁰ (Nadia, mère d'intention par don d'ovules)

D'autres femmes, tant les donneuses que les mères d'intention, retiennent la première option et écartent les deux autres par souci de préserver la vie. Elles guident leur réflexion et appuient leur décision selon leurs convictions spirituelles ou religieuses, pour lesquelles les embryons sont identifiés comme des vies potentielles.

³⁰ « De la même manière que ces embryons ont été une bénédiction pour nous, ils doivent être une bénédiction pour d'autres personnes. Parfois, je pense que si par certaines circonstances de la vie, je ne pouvais pas utiliser les embryons, je vais les donner à quelqu'un. Les donner à un couple qui veut avoir des enfants » (traduction libre).

La seule chose qui m'a chicotée, c'était les embryons fécondés, mais non utilisés. C'est plus la question éthique, ou morale, qui me chicote. Selon moi, lorsqu'il y a une conception, il y a la vie. J'ai demandé qu'ils ne soient pas utilisés pour de la recherche, puisque ça veut possiblement dire qu'ils vont les détruire. J'étais d'accord que l'embryon au complet soit donné à quelqu'un qui en aurait eu besoin. Ces embryons-là ont le potentiel de devenir des êtres humains, et je trouverais ça plate qu'ils se fassent *flusher*. (Mahée, donneuse d'ovules)

Enfin, d'autres participantes refusent que les ovules ou les embryons soient transmis à d'autres en dehors de la triade. Advenant le cas où certains resteront non utilisés après les essais du couple receveur, elles préfèrent ainsi les détruire.

S'il en reste d'autres congelés, ils les prendront. Moi, ça ne me dérange pas qu'il y en ait deux, trois ou quatre; tant que ce n'est pas distribué à d'autres personnes. Je ne veux pas que ce qui reste soit donné anonymement. Ça, j'ai refusé dans le consentement. Je veux dire...tu t'en vas faire l'épicerie, puis : « Voyons, il me ressemble donc bien celui-là! ». Ça, non. (Véronique, donneuse d'ovules)

J'ai toujours dit que je serais prête à les donner à un couple qui n'est pas capable d'enfanter. Mais maintenant qu'ils sont là, ça a changé. C'est différent quand c'est à toi. Ce ne sont pas mes bébés, ce sont des embryons, mais...il y a comme un attachement. Et tu vois, ma génétique n'est même pas dedans. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Le refus du don anonyme justifie la décision de Véronique de ne pas donner les embryons issus en partie de ses ovules à d'autres personnes. De fait, elle a accepté au départ de le faire pour une combinaison de deux raisons bien précises, soit aider une amie à devenir mère et être en mesure de voir l'enfant grandir en étant présente dans sa vie. Le don anonyme viderait alors son geste de son sens premier, une éventualité qui lui cause un inconfort certain. Pour Marie-France, sa réserve s'ancre quant à elle dans l'attachement qu'elle éprouve envers les embryons, fruits d'un long processus d'enfantement qui représentent autant de frères et sœurs potentiels pour ses propres enfants. Comme elle le précise elle-même, cela n'a rien à voir avec un lien génétique direct – absent dans son cas – mais davantage d'un investissement émotif accolé à son projet parental et des liens de parenté ainsi créés entre les membres de la famille grâce aux gamètes de son conjoint et de sa matrice.

9.4 Incorporer la maternité

L'ovule extrait du corps de la donneuse procure à la mère d'intention la graine essentielle d'une maternité à faire éclore dans le sien, par l'entremise de la grossesse comme incarnation charnelle. La combinaison du désir d'enfant et de l'utérus représente alors le terreau fertile dans lequel s'opère cette permutation.

9.4.1 Faire grandir l'enfant et la mère en soi

La grossesse est une expérience à la fois profondément intime, mais aussi éminemment publique. Les mères d'intention investissent pleinement ces deux registres et se délectent de la reconnaissance et de la validation qu'elles reçoivent grâce à leur ventre qui s'arrondit et gagne en expansion chaque trimestre. De façon simultanée, leur grossesse qui s'affirme davantage au fil des mois dissipe avec autant de vigueur les doutes quant à leur légitimité en tant que mère. Si des doutes persistent, ils sont davantage la réminiscence de leur parcours antérieur d'infertilité et de ses nombreuses tentatives de conception infructueuses.

Ce n'était peut-être pas mon ovule, mais elle était dans mon ventre : je lui parlais, c'était déjà ma fille. Je l'ai portée, je l'ai cajolée, elle était au chaud. Je me suis bien alimentée. Je suis sa mère, c'est incontestable. Elle a quand même vécu dans mes tripes. Ma grossesse est là pour le prouver. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Je n'y ai pas cru jusqu'à ce que je vois vraiment une bedaine dure. Parce que déjà, quand tu as un surplus de poids, ça paraît moins vite. Ensuite, même si ça paraissait...j'avais toujours peur de le perdre. La crainte de faire une fausse-couche a été là pendant toute la grossesse. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Dans le cadre d'un processus d'enfantement par don, la gestation représente certes l'étape du développement du fœtus, mais aussi celui de l'identité maternelle. La femme jusqu'alors infertile fait croître son enfant en elle, lui transmettant une partie d'elle-même grâce à son sang. À défaut de procurer l'ovule, ces mères mettent de l'avant l'importance de ce liquide biologique vital, de même que l'influence de la matrice comme vecteur de transmission maternelle. Cela est particulièrement éloquent dans les récits de Sylvie et de Nadia :

Il y a des études récentes en épigénétique qui démontrent que l'endomètre et le liquide amniotique contribuent au bagage génétique. Ça tombe bien : ça fait mon affaire de dire ça. Je transmets quelque chose aussi à mon enfant par le fait de partager le même sang. Je suis convaincue que je contribue à son ADN. Je vais le porter. C'est mon cœur qu'il va entendre, c'est ma manière de fonctionner, d'être avec le père...c'est nous autres. Je serai proche de l'enfant. Moi, ça me suffit pour être capable de développer un lien d'attachement avec mon enfant. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

*Porque ya estoy transmitiendo cosas a este bebé. Todo lo que traes como mamá, lo transmites en tu vientre. Desde el primer momento en que el óvulo está fecundado, tu empiezas a poner lo que eres en ese bebé. Ese bebé va a tener el ADN de [prénom de la donneuse] y eso es indiscutible. Pero ese bebé va a tener mi genética de alma y de corazón y de todo lo que yo soy. Porque se lo voy a transmitir en mi sangre.*³¹ (Nadia, mère d'intention par don d'ovules)

Contrairement à l'expérience triadique fortement ritualisée de la gestation pour autrui, la grossesse des femmes ayant reçu un don d'ovules est vécue dans l'intimité de leur couple; la présence de la donneuse y est facultative. Il s'agit d'une période privilégiée leur permettant d'incorporer la composante génétique de la maternité dans leur chair. Ce faisant, elles peuvent tourner la page sur le douloureux chapitre de l'infertilité dans leur vie et ne plus se considérer comme infertiles.

9.4.2 Maintenir ou rompre le lien

Le don tisse des liens entre les deux femmes. Ces liens peuvent se solidifier grâce à la complicité nouée entre elles pendant le processus, se maintenir ou se distendre, voire même se rompre lorsque la mère d'intention ressent le besoin de mettre à distance la donneuse pour mieux s'approprier sa maternité. Pour Véronique, par exemple, le processus de don a été l'occasion de se rapprocher de la receveuse, une ancienne collègue de travail qui gravitait jusqu'alors dans son cercle de connaissances :

³¹ « Parce que je transmets déjà des choses à ce bébé. Tout ce que tu apportes en tant que mère, tu le transmets dans ton ventre. Dès le premier moment où l'ovule est fécondé, tu commences à mettre ce que tu es dans ce bébé. Ce bébé va avoir l'ADN de [prénom de la donneuse], c'est indiscutable. Mais ce bébé va avoir ma génétique d'âme et de cœur, et tout ce que je suis. Parce que je vais le transmettre dans mon sang » (traduction libre).

On s'appelle aux trois semaines, à peu près. Tous les mois, on a communiqué ensemble. On s'est vues, on est allées au resto. Cet été, elle a invité toute ma famille à aller passer deux jours à son chalet. C'était la première fois que j'emmenais mes enfants et qu'ils les voyaient vraiment. On a créé plus de liens avec eux cet été. (Véronique, donneuse d'ovules)

Les affinités entre les personnes concernées pèsent dans la balance lorsqu'il est question de l'évolution de la relation. Certes, le don tisse des liens, mais cela n'est pas suffisamment pour les faire fructifier ou les transformer en amitié une fois que la donneuse a passé le témoin à la mère d'intention. Ayant donné ses ovules à deux couples rencontrés par l'entremise d'un groupe Facebook et entretenant une relation amicale avec seulement l'un d'eux, Sarah peut en témoigner :

Avec le deuxième couple, je n'ai pas tant de nouvelles. C'est difficile de garder un lien avec eux si ce n'est pas moi qui les relance. Je ne vais pas leur courir après non plus. J'ai déjà plein d'amis, alors je n'ai pas besoin de ça. Avec mon premier couple, c'est différent. On se rejoint plus au niveau des valeurs. (Sarah, donneuse d'ovules)

Le dernier cas de figure met en lumière les craintes qui tourmentent certaines mères d'intention et, en corolaire, leur propension à rompre les liens avec la tierce pour mettre en veilleuse leur sentiment d'inadéquation. Comme l'explique Marie-France, la présence de la donneuse dans sa vie lui rappelle constamment l'absence de lien génétique avec son enfant, faisant d'elle une mère moins « vraie ».

Au début, on avait continué à se parler. Je lui donnais des nouvelles de la grossesse. Mais la journée que j'ai accouché, je lui ai dit ouvertement que j'avais l'intention de terminer la relation. Que j'avais besoin de ça pour cheminer dans ma maternité, parce que je m'y accrochais trop. J'y pensais beaucoup, et puis le fait de voir passer ses publications [sur Facebook], ses photos...ça me rappelait tout le temps le don d'ovules, et puis je ne voulais pas ça. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Si le don tisse des liens, les injonctions normatives de la famille gouvernées par une logique d'exclusion – une seule mère, présumée la génitrice de son enfant – influence subrepticement les relations selon le rôle des deux femmes dans le processus d'enfantement et le rapport qu'elles entretiennent avec la maternité dans ce contexte bien précis.

9.4.3 L'accouchement comme acte institué

Si la grossesse de la mère d'intention se vit principalement dans l'intimité conjugale avec, à l'occasion, des contacts plus ou moins fréquents avec la donneuse, l'accouchement est quant à lui réservé exclusivement aux membres du couple sur le point de devenir parents.

Comme l'explique Sylvie, il s'agit en effet d'un moment faisant partie de la dimension parentale de l'enfantement, où la présence de la donneuse n'est pas encouragée. Elle trace alors les contours de son territoire maternel où la donneuse se situe au-delà des frontières :

Je voulais vivre l'accouchement juste avec mon chum, parce que c'est *notre* expérience parentale. Je n'avais pas envie qu'elle [la donneuse] soit là comme la deuxième mère ou le troisième parent de notre enfant. Mais qu'elle soit dans la salle d'attente et qu'elle soit la première personne à le voir après nous, cela nous semblait tout à fait normal, confortable. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Cette réflexion des mères d'intention est corroborée par les donneuses, qui estiment toutes que leur présence à l'accouchement n'est pas pertinente ni appropriée. Contrairement à l'enfantement par GPA qui amène les personnes concernées à construire une proximité relationnelle et physique entre elles, une telle proximité n'émerge pas en contexte de don d'ovules. Ce faisant, les donneuses ne considèrent même pas l'éventualité d'y assister, estimant qu'elles n'ont pas leur place au chevet de la mère qui accouche, qu'elle soit une amie proche ou non.

Non, même que je ne voudrais pas y aller. [...] C'est vraiment personnel, et tu ne sais jamais ce qui peut se passer. Des fois, il y a des imprévus ou des complications. C'est plus pour elle et son chum. Je n'ai pas d'affaire là. (Véronique, donneuse d'ovules)

My friend [conjoint de la mère d'intention] texted me. I remember thinking, "Should I go in?", and he said: "Of course, if you want. By all means, of all the people, you have the right to be there". And frankly, I remembered when I had my kids, and I didn't want to see people. So he kept me updated with the details, like "They went in, the labour started, the baby's OK, the mom is OK". And I'm like: "I will wait a week or two. You guys go back home, settle down and I'll come and visit". (Katerine, donneuse d'ovules)

La venue de l'enfant tant désiré comble de bonheur les mères qui ont rêvé de ce moment parfois pendant plusieurs années. Cette anticipation prolongée crée toutefois des attentes énormes, ce qui, par le fait même, peut provoquer une angoisse tout aussi grande lorsque la réalité ne correspond pas en tous points au rêve projeté. Au cœur de la tourmente : le lien d'attachement de la mère, et les doutes concernant sa capacité à le créer durant la période postpartum en l'absence d'un lien génétique avec l'enfant.

Je les voulais tellement ces enfants-là, que je me serais attendue d'être follement amour avec eux dès la naissance. Mais non. Est-ce que je vais être capable de les aimer, ces enfants-là? Est-ce que je suis normale? J'avais peur que les gens pensent que je ne suis pas une bonne mère, parce que je n'étais pas tombée en amour avec mes enfants dès que je les ai accouchés. De son côté, mon conjoint avait peur que je rejette les enfants, parce que ce ne sont pas mes ovules. Je n'osais pas lui en parler, pour ne pas que ça vienne valider sa crainte. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Si le recours au don d'ovules peut être masqué par la grossesse et l'accouchement en faisant « comme si » cela n'avait jamais eu lieu, les traits physiques du nouveau-né peuvent venir compromettre cette stratégie de dissimulation. Pour certaines femmes tiraillées par ce choix entourant le dévoilement des origines de l'enfant, poser le regard sur lui ou elle à sa venue au monde est un moment anxiogène. Qui est la « véritable » mère de l'enfant, se demandent-elles? À cet égard, le témoignage d'Estelle est éloquent :

J'avais tellement peur d'avoir un enfant qui ne me ressemble pas du tout, qui ressemble à la mère [hésitation]...la donneuse, je veux dire [souponne], et pas au père. Ça, c'est quelque chose qui m'a hanté jusqu'à l'accouchement. Je n'arrêtais pas de dire « Il faut qu'elle ressemble à son père ». J'ai adoré être enceinte, je me jouais avec la bedaine tout le temps, mais j'avais tellement peur que ça ne marche pas. Finalement, elle a les couleurs et les traits de son père. Ça fait qu'il n'y a pas de question. Quand tu la vois, tu ne te poses pas de question de qui elle vient. Et pour moi, juste ça, ça me réconcilie avec tout le reste. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

En ayant son nom directement sur l'acte de naissance de son nouveau-né, la mère voit son rôle officialisé en même temps que celui de son conjoint : « Aux yeux de la loi, nous sommes pareils, égaux », confie Estelle. Pour certaines, la transmission de leur nom de famille lors de la dénomination de l'enfant facilite l'intégration de leur enfant dans leur lignée généalogique, fortifiant par le fait même leur sentiment de filiation :

Pour moi, cette fois-ci, c'était encore plus important qu'il porte mon nom de famille. Parce qu'il n'a pas mon bagage génétique, je voulais qu'il ait au moins mon nom. Ce n'était pas les mêmes raisons que pour les précédents. Pour mon chum, dans sa culture, c'est juste le nom du père habituellement. Mais il a compris tout de suite : « C'est la moindre des choses, après tous les efforts que tu as faits ». Pour moi, ce n'était pas tant pour les efforts, mais plutôt une manière pour que ma maternité soit encore plus reconnue. (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Si la maxime de droit : « La mère est la femme qui accouche » exaspère et complique la vie des personnes impliquées dans une entente de GPA, les femmes devenues mères grâce au don d'ovules lui démontrent quant à elles un accueil beaucoup plus favorable et enthousiaste. De fait, l'accouchement comme acte institué leur octroie les droits et les responsabilités parentales de façon automatique et exclusive; ce sont même elles qui désignent le père, et non l'inverse.

9.4.4 Le premier contact entre l'enfant et sa génitrice

Quelques semaines ou mois après la naissance de l'enfant, les mères d'intention les donneuses qui ont maintenu le contact entre elles organisent une rencontre. Cette dernière n'est pas anodine, puisqu'il s'agit du premier contact entre l'enfant et sa génitrice; un événement symbolique chargé d'émotions. Anaïs et Sylvie racontent toutes deux ce moment avec beaucoup de tendresse et d'émerveillement :

Quand je suis arrivée, [prénom d'un des pères] m'en a donné une. J'ai baissé la tête, et c'était les sanglots. C'est tellement parfait! J'ai dit aux gars : « Hey, ça valait-tu la peine de me faire jouer dans la *noune* et d'avoir mal pour des petits bébés de même...elles sont trop *cutes!* ». Je savais que j'avais travaillé fort, et ce n'étaient pas des efforts en vain. J'étais si fière. (Anaïs, donneuse d'ovules)

Après la naissance du bébé, j'avais un petit peu le tract avant qu'elle le voit la première fois. Je me disais : « Ça va être quoi si jamais, tout à coup, elle tombe éperdument en amour avec le bébé? ». J'avais une petite situation post-partum là-dedans, j'imagine. Mais quand elle est venue la première fois, cela s'est très bien passé et puis on a eu vraiment un moment émouvant ensemble, tous les trois. On s'est dit : « On a fait du bon travail, hein? ». (Sylvie, mère d'intention par don d'ovules)

Pour Anaïs, les jumelles représentent l'aboutissement de nombreux efforts déployés par les membres de la triade, mais aussi celui d'un engagement de sa part dans un processus long, pénible et douloureux. Tenir dans ses bras le fruit de son travail acharné lui a procuré une grande fierté, un sentiment ancré tant par la venue au monde de ses deux nièces en santé que par la joie contagieuse des nouveaux pères. Partagée aussi par Sylvie, cette joie a néanmoins été conjuguée chez elle avec une certaine nervosité avant la rencontre.

L'appréhension qui la tenaillait comme mère d'intention dénote du malaise causé par le prétendu lien d'attachement que la génétique créerait inévitablement entre la personne génitrice et l'enfant. L'expérience des donneuses fait écho à ce malaise que l'on projette en contexte de don de gamètes, tant chez les parents que les membres de l'entourage. Katerine et Anaïs, par exemple, ont pris soin d'adopter une attitude prudente et réservée lors des premiers moments :

When I went in, I didn't reach for the baby right away. I waited that she was ready to let me hold [prénom du bébé]. I didn't go any imposing, like "I have special rights, because..." I don't want [prénom de la mère d'intention] to feel that she's lesser the mom, because it's not her egg. Feeling inadequate as a woman might be weird in some circumstances. So that's probably the underline cause, for me being a bit more cautious as to what I say, how I treat with the mother in regard to the baby. (Katerine, donneuse d'ovules)

Je ne voulais pas qu'ils pensent que je dise qu'elle me ressemble parce que : « C'est moi la mère ». Mais là, finalement, c'est mon frère qui a dit : « Tu sais la photo sur laquelle tu as ton petit bandeau rose, elle te ressemble, tu ne trouves pas? ». Mes grands-parents et mes parents ont fait comme : « C'est Anaïs : un petit monstre à batteries! ». (Anaïs, donneuse d'ovules)

Dans le même ordre d'idée, Véronique est consciente que sa sensibilité pourrait être perçue de façon menaçante ou déstabilisante par le couple d'intention. Ainsi, elle aimerait au moment venu rencontrer l'enfant en étant seule, à l'abri des regards.

Je vais m'arranger pour être toute seule quand je vais aller le voir pour la première fois. C'est sûr que je vais pleurer [rires]. Je suis très sensible là-dessus. Pas malsain. Pas de tristesse. Mais ce sont beaucoup d'émotions. Je vais être émue d'une certaine façon. C'est dur à expliquer, mais c'est sûr que ça va me toucher d'une certaine façon. Je veux savoir s'il va ressembler à mes enfants. C'est sûr que je vais faire des liens. J'aimerais ça aussi voir s'il va hériter ou pas de mes traits de caractère. (Véronique, donneuse d'ovules)

L'interprétation mal avisée par autrui de leurs émotions empêche les donneuses de laisser libre cours aux débordements de joie, tant les cris que les larmes, qu'elles aimeraient exprimer lors de cette première rencontre avec l'enfant issu de leur don. Cela s'apparente à l'expérience des femmes porteuses réticentes à toucher affectueusement l'enfant qu'elles viennent d'accoucher, par crainte que les parents d'intention interprètent faussement ce geste comme une forme d'attachement maternel de leur part.

9.5 Résumé du chapitre

Le don d'ovules est une pratique fortement médicalisée qui se décompose en quatre parties, à l'image d'une course à relais réunissant deux athlètes. Les deux premières parties, le suivi des traitements en vue de la ponction, sont assumées par la donneuse qui soumet son corps à une suite d'épreuves sous la gouverne d'une équipe médicale et la présence discrète de la mère d'intention à ses côtés. Elle fait alors sienne l'expression « La fin justifie les moyens », mobilisant son sang-froid, son endurance et une bonne dose d'abnégation pour l'extraction du gamète nécessaire à la création d'un embryon. Durant ce premier tronçon de la course, les dispositifs cliniques façonnent l'expérience de la donneuse, de sorte à circonscrire l'ovule à un matériau génétique duquel elle doit céder ses droits. Le reste de la course est assumée par la mère d'intention, qui s'empare du témoin dès l'implantation de l'embryon dans son utérus. Cette troisième partie du don d'ovules est suivie de la grossesse, une période charnière lui permettant d'incorporer la composante génétique en elle pour mieux incarner la maternité. L'accouchement vient sceller la mise en pratique du don d'ovules.

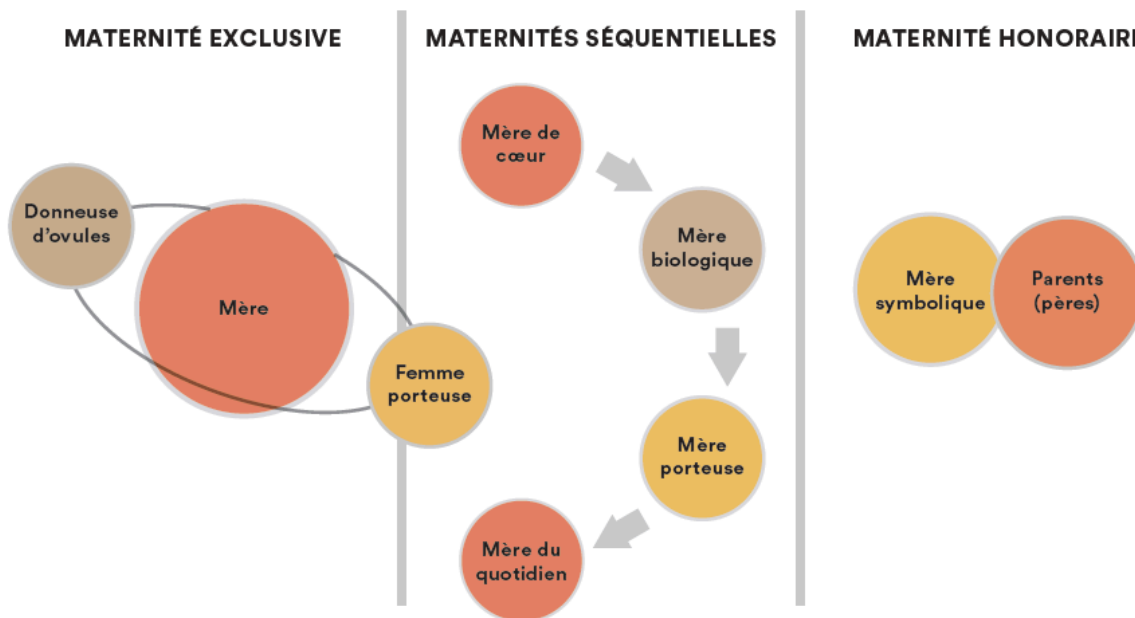
Mettant à nouveau en dialogue les voix des mères d'intention, des femmes porteuses et des donneuses, le prochain chapitre présente la médiation qui s'opère entre les personnes concernées lors de la dernière séquence du processus d'enfantement. « *The rest is history* » déclare à ce propos une donneuse à la fin de notre entretien, faisant un clin d'œil à l'expression consacrée pour aborder la construction de l'histoire familiale et la mise en récit des origines de l'enfant.

Chapitre X. La mise en récit des origines

Définir sa place dans l'histoire familiale

Au fil des séquences du processus de GPA ou de don d'ovules, les contacts entretenus entre les personnes concernées tissent tranquillement une trame relationnelle singulière qui, au départ, lie les adultes entre eux en y intégrant la présence symbolique de l'enfant à venir. Les trajectoires d'engagement et les modalités de l'entente négociée influencent alors la mise en pratique de l'enfantement menant à la naissance du nouveau-né, point focal du projet parental menant à la construction du récit de la genèse familiale. Dans ce chapitre consacré au quatrième mouvement (*raconter*) de la médiation procréative, je réunis à nouveau les voix de toutes les participantes – mères d'intention, femmes porteuses et donneuses d'ovules – pour bâtir une typologie qui représente la répartition des statuts de ces femmes au sein de la triade. La figure suivante illustre les trois modèles :

Figure 9. Conceptions des maternités assistées



La mise en récit des origines s'enracine dans trois conceptions différenciées des maternités assistées, lesquelles orientent l'annonce à l'enfant des circonstances entourant sa conception, ainsi que le type de liens noués entre l'ensemble des personnes concernées, incluant les partenaires de vie, les enfants et les grands-parents. Puisque certains projets n'ont pas encore abouti ou que les enfants ainsi nés sont tous relativement jeunes (moins de six ans), la majorité des femmes m'ont partagé leurs projections et leurs réflexions à ce sujet. D'autres, moins nombreuses, ont tout de même eu l'occasion de me rapporter des tranches de vie basées sur les questionnements ou les réactions des enfants eux-mêmes.

10.1 Concevoir les maternités assistées

La conceptualisation des maternités assistées en trois modèles distincts met en lumière le caractère évolutif du rapport à la maternité nourri chez les femmes concernées tout au long du processus d'enfantement. Chaque modèle répond à une question formulée en cohérence avec les représentations sous-jacentes de la maternité et de la famille : « Qui est *la* mère? » dans le cas de la maternité exclusive, « À *quel moment* chaque femme impliquée est-elle considérée comme une mère? » pour les situations familiales correspondant aux maternités séquentielles et, finalement, « Où se situe *la frontière entre* une mère et un parent? » dans le cas de la maternité honoraire.

Les réponses à ces questions échappent à une analyse basée uniquement sur les considérations entourant les filières d'accès et la formalisation de l'entente comme prédicteurs du rapport à la maternité. De fait, les personnes concernées font sens de leur expérience et la restituent d'abord et avant tout à partir de leurs représentations des composantes maternelles et de la relation établie au fil des mois, et non simplement à partir de ce qui est écrit dans un contrat, par exemple. Au regard des expériences des femmes rencontrées, la manière de concevoir sa place dans l'histoire familiale peut en effet se transformer et prendre une tournure inattendue suite à la naissance de l'enfant.

10.1.1 Maternité exclusive

Dans le modèle de la *maternité exclusive*, la mère d'intention est la seule qui réclame un statut de mère et prétend à un tel titre au sein de la triade d'enfantement. La femme porteuse et la donneuse d'ovules y sont identifiées comme des tierces, soit des personnes ayant aidé le couple à devenir parents et gravitant autour d'eux. Définir, nommer et circonscrire le rôle de ces dernières posent néanmoins un défi, considérant l'absence de modèles et d'expressions faisant l'unanimité. Au regard de son expérience de gestation pour autrui, Sofia prend bien soin de préciser que son amie qui a porté son enfant n'est pas une mère :

Ce n'est pas sa maman, c'est la femme qui l'a porté. Oui, c'est elle qui a permis qu'il vienne au monde, mais tu sais, si cela n'avait pas été du sperme de mon chum et de mes ovules, ça n'aurait pas été possible non plus. On est trois à avoir contribué à sa naissance. (Sofia, mère d'intention par GPA)

Cette même propension à ne pas associer les femmes porteuses à un quelconque rôle de mère est aussi relevée dans le discours des principales intéressées. Ces dernières critiquent avec véhémence l'assignation à la maternité associée à la grossesse et à l'accouchement : « Pourquoi accoucher d'un enfant qui n'est pas le mien ferait automatique de moi une mère? Est-ce que je pourrais avoir mon mot à dire? », se demande Zoé. Pour elle, le terme « mère porteuse » ne correspond pas à son expérience ni ne restitue de façon adéquate la nature de son geste posé pour autrui, puisqu'il contient justement le mot « mère » :

Le terme « mère porteuse » m'irrite, m'arrache les oreilles. Ça m'agace beaucoup. Juste « porteuse » tout court, c'est bien en masse. Ça dit ce que ça veut dire : j'ai porté un enfant pour une autre. Ce n'est pas moi la mère. Sinon, on vient déposséder la véritable mère de son titre. (Zoé, femme porteuse)

Les femmes porteuses qui adhèrent au modèle de la maternité exclusive veulent dissocier leur engagement dans le processus d'enfantement de toute connotation maternelle. Comme le précise Zoé dans l'extrait précédent, ce positionnement comme tierce vise à ne pas usurper la place de la mère d'intention comme seule et unique femme pouvant prétendre au titre de mère. Pour éviter de s'aventurer sur le terrain idéologique des termes à utiliser, certaines femmes vont alors décrire leur geste avec des verbes d'action, plutôt que de le résumer par un statut identitaire

pouvant être sujet à interprétation. D'autres vont s'en tenir à la terminologie anglophone – *surrogate*, *intended parents* (IPs), *surro-baby*, etc. – utilisée couramment par les agences spécialisées. Dans le même ordre d'idées, certaines femmes porteuses, en connivence avec les parents d'intention, vont créer des néologismes pour clarifier le rôle de la tierce, tout en y accolant une dimension affective :

Mon petit couple m'appelait : « bedaine-nounou ». Une nounou qui prend soin du bébé. C'était mon petit surnom, je l'aimais bien. À la limite, on peut dire que je suis une « porteuse », mais surtout pas « gestatrice »...ça fait frette, je n'aime pas ça. (Andréane, femme porteuse)

L'exclusivité du mot « mère » est aussi réitérée par le conjoint de la mère d'intention et père de l'enfant à naître. Estelle, par exemple, désignait la donneuse comme la « mère génétique » au début du processus, ce qui faisait réagir vivement son mari à chaque fois. En dissociant la donneuse du titre de « mère » et à l'attribuant systématique et de façon exclusive à son épouse, le conjoint d'Estelle l'a conforté dans son processus d'appropriation de la maternité, une démarche laborieuse empreinte chez elle de doutes et de remises en question depuis les tous débuts.

Avant, je disais la « mère génétique ». Mais [prénom de son conjoint] disait : « Non, la donneuse ». Pour lui, la mère, c'est moi, il n'y a pas de question. Il était catégorique. Légalement parlant, la mère est celle qui donne naissance. J'étais comme : « C'est correct, je suis la mère, légalement parlant en plus ». Elle, c'est la donneuse, tout simplement. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

Cette dissociation n'est pas seulement opérée par les parents d'intention, mais aussi par les donneuses elles-mêmes qui, à l'instar des femmes porteuses, mettent à distance le mot « mère », qu'il soit ou non suivi du qualificatif « biologique » : « Je ne suis pas la mère biologique : je suis la donneuse. C'est le mot *mère* qui me dérange », confie Anaïs. Selon Emmanuelle, l'expression « mère biologique » est plus pertinente dans le cas de l'adoption, où la mère biologique est la femme qui a donné naissance, et la mère adoptive (ou sociale) étant celle qui prend soin de l'enfant :

On va plus dire « mère biologique » si l'enfant a été adopté. Dans ce cas-là, c'est correct. Mais de me désigner comme la « mère biologique » d'un enfant parce que j'ai fait un don d'ovules... biologiquement parlant, c'est sûr que c'est vrai, mais je ne pense pas que ça me qualifierait bien. Je suis la femme qui a donné un ovule. (Emmanuelle, donneuse d'ovules)

D'autres donneuses comme Sarah sont tout de même à l'aise avec la dimension biologique de leur contribution, surtout si cela permet de reléguer au second plan la maternité. Selon ces femmes, le lien biologique n'est pas tout, mais il n'est pas rien non plus.

Une mère, mais vraiment écrit tout petit, et biologique écrit en plus gros, comme ça « mère **biologique** ». Ou encore, la « source biologique féminine ». [...] Les mots me manquent pour bien définir mon rôle. (Sarah, donneuse d'ovules)

Dans les médias, les livres pour enfants et certains travaux universitaires, les donneuses d'ovules sont parfois désignées comme des « fées ». Les mères d'intention que j'ai rencontrées, de même que certaines donneuses comme Maxine, utilisent cette analogie pour souligner le « pouvoir » des donneuses de concrétiser le rêve d'enfant des couples infertiles, dans un contexte où les prouesses des technologies reproductives s'apparentent à de la sorcellerie pour les profanes :

Une « fée marraine » [rires]. Un petit coup de baguette sur le bedon, puis « Voilà, le petit bébé est arrivé [rires], et je me retire ». La fée marraine est toujours là au bon moment, elle fait souvent des cadeaux dont on a besoin. Elle est là pour prendre soin de nous. Elle réalise les souhaits. La science représente la magie du conte. Ça évoque aussi le pouvoir presque mystique des femmes de donner la vie. (Maxine, donneuse d'ovules)

Dépeindre les donneuses comme des fées réaffirme le caractère désincarné du don, où leur contribution est circonscrite dans le temps et n'implique pas nécessairement de contacts entre les personnes par la suite. Le rôle bienveillant accolé aux fées qui exaucent des souhaits, de même que la menace latente que leur présence génère étant donné leur ascendant sur la situation d'origine, résonnerait alors avec le positionnement des donneuses dans la triade d'enfantement. Cette façon de représenter les donneuses ne fait toutefois pas l'unanimité, certaines participantes s'en dissociant de façon catégorique. Sarah, par exemple, mentionne que : « Le terme *fée* pour parler de la donneuse, ça m'écoeure. Ne pas utiliser les vrais termes, c'est encore l'infantilisation des femmes, comme dans tellement de domaines! ».

Katerine, pour sa part, s'attarde surtout à l'expression « fée marraine » et y partage sa réflexion pragmatique concernant l'amalgame erroné entre le personnage fantastique de la fée et le marrainage :

A fairy? [éclat de rires] An egg donor, in my opinion, is not a fairy [rires]. Fairy godmother shouldn't be related to the "fairytale" aspect of it. The way I see the "godmother relationship" to the child, is that you're the backup plan, you're the secondary set of guardians. It depends of the relationship the donor with the family she has donated to. I don't necessarily think that's a giving. There would be a choice of the people involved make. (Katerine, donneuse d'ovules)

En bref, dans le modèle de la *maternité exclusive*, la mère d'intention est la seule femme de la triade d'enfantement à investir la maternité; le titre de mère lui est réservé. Pour leur part, les femmes porteuses et les donneuses d'ovules gravitent en tant que tierces autour de la cellule familiale formée par le couple d'intention, mettant à distance la maternité par leur façon de se définir, notamment.

10.1.2 Maternités séquentielles

Le modèle des *maternités séquentielles* évoque quant à lui la présence de plusieurs mères, chacune ayant une contribution précise selon la séquence du processus d'enfantement qui la concerne. Selon les femmes qui endossent cette conception, la maternité est plurielle et s'incarne dans plusieurs femmes, mais à des moments différents. La temporalité est une dimension centrale de ce modèle; les maternités ne se conjuguent pas au présent comme dans le cadre d'une famille pluriparentale, mais se succèdent et se transforment au gré des séquences qui ponctuent le processus d'enfantement.

Posant un regard rétrospectif sur leur expérience de GPA, les femmes porteuses Jacinthe et Anne estiment par exemple qu'elles ont été des mères pendant leur grossesse pour autrui (la première dans le cas d'une GPA gestationnelle, et la deuxième pour deux expériences de GPA génétique), mais ne le sont plus dès que le projet se termine ou après la naissance de l'enfant :

Je suis une mère, le temps que cet enfant-là pousse dans mon ventre. Ça prend un cœur de mère pour porter un enfant, que ce soit le tien ou que ce soit celui d'un autre. Sur le *timeline*, je suis sa mère au moment où je l'ai porté. Après, ce n'est pas moi qui donne l'amour et tous les soins à cet enfant-là, alors je ne me serais pas sentie du tout comme sa mère. J'aurais été sa mère à un certain moment dans son histoire, mais pas sur le long terme. (Jacinthe, femme porteuse)

Je suis en quelque sorte la mère qui prend soin de l'élever intra-utérin. J'ai mon rôle, et une fois qu'ils seront nés, mon rôle sera différent, il se transformera. J'étais là au début pour ces bébés-là. Après cela, si je peux être une gardienne d'enfants une fois de temps en temps, si je peux être une visiteuse, si je peux être un jour une confidente... tous ces rôles-là, je vais les prendre en temps et lieu. (Anne, femme porteuse)

Dans ce modèle, le processus d'enfantement est découpé en différentes séquences comprenant autant de figures maternelles : la *mère de cœur* qui formule le projet parental de départ niché dans son désir d'enfant, puis la *mère biologique* et la *mère porteuse* qui contribuent à création et au développement du fœtus menant à la naissance de l'enfant. Enfin, la mère de cœur se transforme pour devenir la *mère du quotidien* qui s'occupe de l'enfant et voit à son éducation. Le terme « maman » lui est réservé.

Moi, je suis la mère biologique et la mère de cœur. Je suis la maman. Elle, c'est la mère porteuse, parce qu'elle en prend soin comme une maman pendant qu'elle la porte, comme si c'était ses propres enfants. Elle n'est pas qu'un incubateur. Je trouve que le mot « mère » lui va bien pour ça. Je ne me sens pas en compétition. (Judith, mère d'intention par GPA)

Elle [la mère d'intention] disait : « J'ai toujours été féministe et cet enfant-là, finalement, aura eu l'équivalent de trois mères pendant le processus ». Idéalement, elle voudrait que l'on connaisse toutes l'enfant, la mère porteuse et moi. (Sarah, donneuse d'ovules)

Pour la receveuse du don d'ovules de Sarah, chaque femme de la triade incarne une composante de la maternité et, par le fait même, peut prétendre au titre de mère. À ses yeux, le déploiement maternel du modèle des maternités séquentielles s'ancre dans une perspective résolument féministe, puisqu'il reconnaît l'apport de chacune dans le processus d'enfantement. Ce modèle additionne, au lieu de soustraire.

10.1.3 Maternité honoraire

Enfin, le modèle de la *maternité honoraire* s'applique lorsque la tierce – la femme porteuse, selon les cas documentés dans ma recherche – est désignée comme une mère, et ce, même après la naissance de l'enfant. Ainsi, contrairement au modèle précédent des maternités séquentielles, son statut maternel n'est pas circonscrit à la séquence de la mise en pratique de l'enfantement, mais s'intègre au récit familial des parents d'intention dans la période postnatale. La femme porteuse y occupe une place de mère (ou d'une figure maternelle associée), sans toutefois endosser un rôle de parent au quotidien, l'exercice du parentage étant en effet réservé aux parents d'intention qui ont formulé le projet parental de départ. Maryline, une femme ayant porté un enfant pour un couple d'amis, raconte :

Je suis une « mamarraine ». L'amour d'une mère, mais sans les responsabilités. Les gars ont accepté ça tout de suite, puisque je n'enlève la place à personne. Ma place, c'est celle-là. C'est juste qu'on n'est pas capable de l'expliquer, parce qu'il n'y a pas beaucoup de mères porteuses qui restent dans la vie de l'enfant de manière aussi proche. [...] On s'est rendu compte que ça ne changeait rien à l'amour que j'ai pour lui et celui qu'il a pour moi. Au fil des mois, c'est passé de : « Tu n'es pas la mère » à « Tu es la maman ». (Marilyne, femme porteuse)

Comme le mentionne Marilyne, le fait qu'elle « n'enlève la place à personne » est une caractéristique importante du modèle de la maternité honoraire. Il en est de même pour les effets du temps, qui dissipent les inquiétudes du parent non statutaire au fur et à mesure que ce dernier apprivoise son rôle, gagne en assurance et consolide son sentiment d'attachement avec l'enfant. Dans ma recherche, les situations familiales qui correspondent à ce modèle concernent toutes des couples gais, où l'absence d'une mère d'intention semble laisser une place vacante susceptible d'être investie par la femme porteuse, selon le souhait et l'impulsion des pères. Le discours des participantes ayant vécu des GPA à la fois pour un couple hétérosexuel et un couple d'hommes corrobore cette hypothèse. Selon elles, la rivalité tacite entretenue avec la mère d'intention pour le titre de mère inhiberait l'émergence de ce modèle au sein d'une triade impliquant un couple hétérosexuel.

Ainsi, le modèle de la maternité honoraire ébranle en quelque sorte la norme procréative, contribuant à la fois à déconstruire l'hétéronormativité de la famille et à pluraliser les parentalités. Il remet aussi en question l'essentialisation de la maternité par le ventre, sans toutefois extraire la dimension affective et relationnelle de l'enfantement. En effet, selon Kate, il est possible de donner naissance à un enfant et l'aimer tendrement (et même la désigner comme sa fille), sans nécessairement ployer sous les injonctions de genre qui impliquent un attachement maternel sous le sceau de la possessivité :

As much as I love my daughter [enfant qu'elle a porté pour un couple d'amis], and I was happy to bring another life into the world, I didn't want to raise another infant. I didn't want to go through the years of sleepless nights, and washing diapers. Maybe that made me abnormal. I like to think of that I'm not possessive, that I don't think of other human beings of being something that I own. I can love without wanting to own. (Kate, femme porteuse)

Le caractère subversif de ce modèle a néanmoins ses limites, puisque la GPA demeure une aide à la procréation assistée par autrui dûment négociée, et non un projet parental développé au départ selon une formule de coparentalité. En ce sens, le postulat biparental de notre système de parenté est maintenu. Tout comme Kate, Anne est à l'aise d'être désignée comme la mère des enfants qu'elle a portés lors de sa deuxième GPA, parce que son statut demeure d'abord et avant tout d'ordre symbolique, et n'implique pas une implication de sa part dans la sphère parentale :

Avec eux, ça s'en ligne pour « maman ». Ils m'ont dit : « Ça te dérange-tu? ». Parce qu'ils n'arrêtent pas de dire « la mère ». Ça ne me dérange pas, mais les bébés sont petits. Je ne sais pas comment ils vont m'appeler plus tard. Je les adore ces bébés-là, mais je ne me sens pas maman pantoute. C'est sûr que s'ils avaient besoin d'aide, j'irais les aider. Mais je n'ai pas envie de les inscrire à l'école et de leur montrer comment s'habiller, tu comprends? (Anne, femme porteuse)

En somme, les trois conceptions des maternités assistées permettent de situer la distribution des statuts entre les membres de la triade et leur aménagement après la naissance du nouveau-né. Cet aménagement peut être basé sur une logique d'exclusivité, un découpage séquentiel ou, encore, une distinction des rôles et des responsabilités. Plusieurs modèles peuvent cohabiter dans la même triade, selon les conceptions respectives des personnes concernées. Sarah, par exemple, s'inscrit davantage dans le modèle de la maternité exclusive, tandis que la

receveuse de son don d'ovules, dont le projet parental implique aussi la GPA, adhère plutôt à celui des maternités séquentielles. Il en est de même pour Anne qui adhère davantage au modèle séquentiel, bien que les pères des jumeaux qu'elle a portés retiennent celui de la maternité honoraire. Selon les participantes, cette cohabitation n'est pas nécessairement problématique, du moment que les attentes quant au rôle joué par la tierce dans la dynamique familiale convergent vers une compréhension commune.

10.2 Raconter le récit de conception

La mise en récit des origines comprend l'annonce à l'enfant des circonstances particulières de sa conception, soit les stratégies narratives déployées par les adultes pour dévoiler ou dissimuler l'existence de la (ou des) femme(s) ayant contribué à sa venue au monde. À cet égard, l'influence de la personne responsable de l'évaluation psychosociale à la clinique de fertilité m'apparaît importante à relever dès maintenant, considérant l'occurrence élevée de la phase : « La psychologue a dit... » dans les témoignages des participantes.

La psychologue m'a dit : « Il y a un moment où on recommande aux parents de t'inclure dans l'histoire de l'enfant, vers l'âge de 5 ans ». Mes ovules seraient des « poussières d'étoiles », qu'elle a dit [rires]. Selon elle, il y a un moment où l'enfant va vouloir me rencontrer. La psychologue a dit : « Souvent, l'enfant va te voir, il te montre sa chambre, et il te pose deux, trois questions. C'est rare qu'il y ait vraiment des suites. Après ça, à l'âge adulte, bien ça dépend de vos personnalités ». (Amélie, donneuse d'ovules)

Le témoignage d'Amélie met en lumière le rôle de conseillère tenu par les psychologues et, plus rarement, les travailleuses sociales œuvrant en procréation assistée, tant pour le choix du moment propice de l'annonce que de son contenu. Ces professionnelles de la relation d'aide, par leurs pratiques d'intervention telles que rapportées par les femmes concernées, façonnent les regards que posent les parents d'intention et les tierces sur la situation en les aiguillant sur les scénarios possibles. Leurs recommandations recèlent une portée prescriptive, en plus de véhiculer des représentations sur la maternité, la famille et les liens de parenté. Gabrielle raconte :

La psychologue a dit que ce sont les parents qui doivent gérer la diffusion de l'information, pour qu'il n'y ait personne qui s'échappe. [...] La psychologue nous a dit très clairement que les enfants doivent comprendre qu'ils ne sont pas demi-frères ou demi-sœurs. Qu'ils sont deux familles différentes, séparées, et qu'il n'y a aucun lien entre les deux. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

La question du dévoilement et ses retombées sur la construction identitaire des enfants ainsi nés sont toujours abordées, sans toutefois faire l'objet d'un consensus. En effet, si plusieurs psychologues sensibilisent les parents d'intention à l'importance de révéler les origines génétiques de l'enfant, d'autres suggèrent plutôt de garder le silence :

C'est drôle, parce que la psychologue nous suggérait de ne pas le dire. Je me serais attendue au contraire. Elle m'a dit : « Écoute, ce n'est pas comme une adoption, ce n'est pas une mère porteuse non plus. C'est juste un ovule qui a été donné, et c'est toi qui as porté l'enfant, c'est toi qui l'as fait grandir, tu l'as nourri. L'enfant, il ne le saura jamais si tu ne lui dis pas ». C'est pour cela que je ne suis pas encore décidée. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

Les participantes gardent précieusement en tête les conseils formulés par la psychologue lors de l'évaluation psychosociale, laquelle survient en début de processus. Les trois stratégies narratives présentées ici – le *récit génésiaque*, le *dévoilement progressif* et la *contribution oblitérée* – sont alors les résultantes du processus d'enfantement, où le déploiement de la dimension relationnelle se pose à nouveau avec acuité.

10.2.1 Un récit génésiaque

Le *récit génésiaque* implique l'absence de dévoilement, c'est-à-dire que les circonstances entourant la conception de l'enfant lui ont été racontées dès le premier jour. Il n'y a donc pas eu « d'annonce » à proprement dit. En ce sens, le processus d'enfantement est indissociable de l'histoire des familles, tant celle des parents d'intention que celle de la tierce. Cette stratégie narrative s'observe particulièrement en contexte de GPA, où la grossesse de la femme porteuse peut difficilement être dissimulée. L'implication de cette dernière dans la venue au monde de l'enfant fait donc partie intégrante de sa généalogie personnelle. Virginie, une Néobrunswickoise ayant porté un enfant pour un couple québécois rencontré par le biais d'Internet, raconte :

À la garderie, la petite dit que sa marraine l'a portée dans son ventre, avant de la redonner à sa maman. Tous les enfants trouvent ça drôle et se demandent c'est quoi. Eux [les parents d'intention], ils ne s'en cachent pas, tout le monde à [nom de la région] est au courant de leur histoire. Moi, c'est la même chose : mes filles l'ont toujours su. Pendant que j'étais enceinte, ma plus vieille savait que je prêtai mon ventre et que ce n'était pas notre bébé. (Virginie, femme porteuse)

Les mères d'intention qui préconisent le récit génésiaque souhaitent normaliser la situation aux yeux de leur enfant, dissipant à tout prix le secret qui pourrait selon elles affecter négativement sa construction identitaire. Elles veulent ainsi lui transmettre la beauté du geste d'amour posé par la femme porteuse pour favoriser une saine estime de lui-même et, par le fait même, contrer le plus possible les effets délétères de la stigmatisation de la GPA qu'il ou elle risque de vivre plus tard.

C'est important de savoir d'où on vient, selon moi. Même si elle [la femme porteuse] ne voulait plus le voir, je lui parlerais d'elle quand même. Pour moi, ce n'est pas un secret. Je veux que ça soit juste normal, parce que c'est son histoire à lui. Je veux rendre ça positif. Il a eu la chance d'avoir quelqu'un qui s'en est vraiment bien occupé pendant neuf mois et qui l'aime aussi. Ça n'enlève rien. (Rachel, mère d'intention par GPA)

Un segment important de l'histoire familiale porte sur l'explication du projet parental formulé au départ par les parents d'intention, auquel s'est jointe plus tard la femme porteuse pour les aider à le concrétiser. Cette précision permet de souligner le désir d'enfant des parents – « Tu étais dans notre cœur depuis longtemps » –, tout en écartant derechef l'idée d'un abandon. Les mères d'intention n'hésitent pas à recourir à des photos pour illustrer leurs propos et consolider le récit de la genèse familiale. En pointant les visages des protagonistes de l'histoire à leur enfant, elles clarifient et réaffirment la place de chaque adulte dans la construction du récit. Le témoignage de Josée, une mère d'intention ayant fondé sa famille dans le cadre d'une entente de GPA génétique, exemplifie bien cette stratégie :

Dans la chambre [du bébé], il y a une photo de la bedaine de [prénom de la femme porteuse] avec nos deux faces à côté. Je voulais qu'il grandisse avec cette image-là, parce que, physiquement, c'est impossible que ma bedaine soit là et que nos deux visages soient là aussi. Il avait quelques heures de vie, et je lui racontais déjà son histoire. Inconsciemment, je pense que ça rentre dans sa tête. Je lui raconte que matante [prénom de la femme porteuse] a décidé de nous prêter sa bedaine pour faire grandir notre bébé à nous. Tout le monde savait qu'il s'en venait dans notre maison après sa naissance. Je veux qu'il comprenne qu'il n'a pas été abandonné. (Josée, mère d'intention par GPA)

Les femmes utilisent sciemment des images enfantines pour raconter l'histoire le plus simplement possible : la graine plantée dans la terre, l'œuf comme ingrédient essentiel d'un gâteau, la petite maison brisée, etc. Culturellement enracinée dans l'imaginaire de la grossesse, l'analogie de la brioche au four (*a bun in the oven*) est souvent utilisée par les participantes pour expliquer la GPA. Cette stratégie discursive n'a pas pour but de banaliser, de dénaturer ou de dénigrer leur apport respectif dans le processus d'enfantement, mais bien d'en restituer la signification de façon imagée et accessible, tant pour les enfants que pour les adultes. Élise explique :

Je dis « le four », parce que j'ai un t-shirt qui dit « *A bun in the oven* » et je trouve ça vraiment *cute*. C'est une image que je trouve mignonne dans le sens où je n'ai pas d'implication génétique avec le bébé, et que les gens le comprennent bien avec cette image-là. Évidemment, je ne suis pas qu'un four...ça serait niais de prendre ça au premier degré; il y a beaucoup plus que ça dans cette aventure-là. (Élise, femme porteuse)

L'auditoire du récit familial par enfantement ne se confine pas aux seuls membres de la famille, puisque les femmes engagent aussi la discussion avec leurs amis et leurs collègues de travail, de même qu'avec les enfants qu'elles côtoient au quotidien. D'ailleurs, les participantes œuvrant en éducation à la petite enfance ou en enseignement au primaire ont toutes pris soin d'expliquer le processus d'enfantement aux élèves. C'est entre autres le cas de Judith, qui a voulu expliquer aux enfants son absence prochaine pour s'occuper de son bébé à naître, bien qu'elle ne soit pas elle-même enceinte :

Je l'ai expliqué à mes élèves aussi, sans rentrer dans les détails de la fécondation in vitro, le sperme, l'ovule et tout ça. Je leur ai dit, de façon imagée : « Les mamans ont une petite maison dans leur ventre pour faire grandir le bébé. Moi, ma maison est brisée, elle ne peut pas faire grandir un bébé. C'est une amie qui m'a offert de me prêter sa maison pour faire grandir mon œuf ». Même les plus jeunes comprenaient. Quand tu dis aux enfants que ça se fait, sans devenir la norme, ça devient réel pour eux. (Judith, mère d'intention par GPA)

En bref, le récit génésiaque correspond à une stratégie préventive et proactive; les adultes s'attèlent à construire le récit de conception et à le transmettre à tous et à toutes dès les premiers moments, voire avant même la naissance de l'enfant.

10.2.2 Un dévoilement progressif

La stratégie du *dévoilement progressif* implique une ou plusieurs annonces selon l'âge et la sophistication des questions de l'enfant. « Comment fait-on les bébés? » ou « Pourquoi mes yeux ne sont pas la même couleur que les tiens, maman? » représentent autant d'occasions de dévoilement de la part des parents d'intention ou, du moins, d'opportunités pour introduire tranquillement le sujet et préparer le terrain en vue d'une annonce plus officielle à moyen ou à long terme. Il s'agit de la stratégie retenue entre autres par Estelle, qui a donné naissance à sa fille grâce à un don d'ovules :

On y va tranquillement avec ses questions. À un moment donné, elle m'a dit qu'elle voudrait avoir un frère ou une sœur. « Je ne peux pas, je n'ai plus de cocos, je suis trop vieille ». « Ah, OK ». Après ça : « Comment ça que je n'ai pas les yeux bleus comme toi? ». Je lui dis : « Tu es la recette de papa, avec un coco dans mon ventre ». C'est la réalité, mais ça ne va pas plus loin pour l'instant. Elle aime faire de la popote, ça fait que je suis partie avec ce genre de métaphore là : la recette de papa, le coco, et moi qui n'en a plus. On y va tranquillement. On lui dit aussi depuis le début qu'elle est dans notre cœur depuis longtemps. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

En prévision de l'annonce à leur enfant des circonstances entourant sa naissance, les mères d'intention ayant reçu un don dirigé ont préalablement validé auprès de la tierce son ouverture à le rencontrer, advenant une telle demande de sa part à l'adolescence, par exemple. Tirillée entre l'opinion de son conjoint, ses propres craintes et les réactions appréhendées des membres de son entourage, Marie-France se questionne toutefois sur les répercussions d'un éventuel dévoilement :

Je voulais savoir si elle était ouverte à ça, si jamais on décide de le dire, ou s'ils veulent la rencontrer. Après ça, je ne le sais pas ce qu'on va faire. Mon conjoint, lui, ne veut pas leur dire. Mais en même temps, notre entourage le sait. Je ne voudrais pas que quelqu'un s'échappe, quand ils sont en âge de comprendre : « Comment ça, maman, je suis né d'un don d'ovules et tu ne m'as jamais parlé de ça? ». Je vais devoir me fier à mon instinct et vivre avec les conséquences. (Marie-France, mère d'intention par don d'ovules)

En l'absence de modèle à suivre, les mères s'en remettent à leur instinct pour trouver la « bonne » marche à suivre et éviter les écueils. Si certaines s'engagent finalement sur la voie du dévoilement progressif, d'autres optent plutôt pour une dissimulation des circonstances entourant la conception.

10.2.3 Une contribution obliérée

La *contribution obliérée* comme stratégie narrative signifie que les parents d'intention n'ont pas l'intention de révéler à leur enfant l'apport de la tierce – la donneuse, pour être plus précis – ayant permis sa venue au monde. Considérant que la mise en pratique du don d'ovules se déroule à l'abri des regards dans l'enceinte de la clinique, certaines mères d'intention comme Suzie peuvent en effet confirmer le recours à l'aide médicale, sans nécessairement préciser que la procréation ait été assistée *par autrui*.

On va lui expliquer qu'on a eu recours à l'aide médicale. On n'entrera pas nécessairement dans les détails [du don d'ovules], mais on ne lui cachera pas qu'on a eu de l'aide médicale pour qu'il puisse venir au monde. (Suzie, mère d'intention par don d'ovules)

Dans ce contexte, la projection dans l'avenir peut être empreinte de doutes pour les femmes qui choisissent de maintenir le secret sur les origines de leur enfant. Le scénario de l'enfant qui leur lance : « Tu n'es même pas ma mère » en pleine crise d'adolescence ébranle les vues de certaines mères. Elles se sentent peu outillées pour cette séquence du processus d'enfantement. Bien que les enfants soient encore très jeunes et ne posent pas encore de questions très précises, les mères sont conscientes qu'elles « vivent sur du temps emprunté » et qu'elles devront un jour ou l'autre faire face aux conséquences de leur choix. Louise jongle justement avec ce questionnement :

C'est ça que je me pose comme question : « Est-ce mieux pour elle de le savoir ou de ne pas le savoir? ». Moi, je vis bien avec ça, mais je me demande : « Est-ce que je vais tout saboter son futur? ». Je ne sais ce que je *dois* faire, ce que je *devrais* faire, ni *comment* le faire [souponner]. Je pense que je vais aller consulter, parce que je ne sais pas si je vais trouver la réponse par moi-même. (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Grâce aux réseaux socionumériques, il est désormais possible de contourner l'anonymat jusqu'alors inéluctable des dons d'ovules obtenus grâce à un intermédiaire privé. Comme le remarque Estelle, les médias sociaux changent ainsi la donne en ce qui a trait à la quête des origines et de l'injonction à dévoiler les circonstances de la conception à l'aide d'une tierce. En diffusant sur Facebook la photo de la donneuse remise par la banque de gamètes au moment de la transaction, elle pourrait possiblement la retracer et entrer en contact avec elle. Cette marge de manœuvre nouvelle ouvre le champ des possibles, certes, mais elle ajoute aussi un fardeau sur les épaules des parents qui, aux prises avec leur propre bagage émotionnel, ne savent pas comment s'y prendre ni s'ils doivent le faire sur le plan éthique :

Je pourrais toujours mettre la photo [de la donneuse] sur Facebook, et trouver c'est qui, mais...[prend une grande respiration], je ne pense pas. Je ne suis pas vraiment préparée à ça. J'ai peur de me mesurer, peut-être. D'un autre côté, est-ce correct de dire : « On ignore les informations et on ne les transmet pas à notre enfant »? Ça, c'est la partie qui me chicote [silence]. On doit vivre avec nos fantômes. (Estelle, mère d'intention par don d'ovules)

La stratégie de la contribution oblitérée n'est pas réservée uniquement aux mères, puisque des donneuses d'ovules ont aussi l'intention de ne pas aborder le sujet avec leurs propres enfants. Estimant qu'une telle annonce viendrait inutilement chambouler les choses et mettre fin à l'harmonie actuelle, Gabrielle envisage en effet de maintenir le secret auprès de ses futurs enfants :

Ça ne sera jamais annoncé, à moins que l'enfant veuille le savoir, et à ce moment-là, moi, je vais devoir l'annoncer à mes enfants aussi. Sinon, il n'y aura pas d'annonce. Pourquoi venir *fucker* toute la patente? Je vais expliquer à mes enfants que les familles sont faites de différentes façons, mais je ne leur dirai pas ce que j'ai fait [donner un ovule à son amie]. D'où la problématique avec mes proches : ils vont devoir comprendre qu'ils ne doivent pas en parler. (Gabrielle, donneuse d'ovules)

Comme le laisse transparaître le témoignage de Gabrielle, le maintien du secret ne concerne pas seulement les personnes impliquées dans l'entente, mais aussi leur entourage ayant été mis au courant de leurs démarches. En dissimulant le processus d'enfantement, les adultes veulent préserver la vraisemblance du modèle biogénétique de la famille. Pour les mères, il s'agit aussi d'une façon de garantir leur monopole sur la maternité, en écartant les autres prétendantes au titre de mère. D'un autre côté, cette même stratégie de dissimulation dénote

chez certaines mères une volonté de préserver le bien-être de leur enfant, en lui évitant des questionnements identitaires. Dans tous les cas, les femmes se sentent peu outillées pour réfléchir à la question, considérer les scénarios possibles et faire un choix éclairé.

10.3 Tisser une trame relationnelle autour de l'enfant

Le troisième volet de la mise en récit des origines porte sur la trame relationnelle tissée autour de l'enfant né grâce au processus d'enfantement. Ayant eu l'occasion de rencontrer certaines participantes à deux reprises au fil des mois, je suis à même de constater que les relations entre les personnes concernées évoluent au gré des événements survenus pendant le processus. Les récits rétrospectifs des autres participantes rencontrées une seule fois font aussi écho à ce constat. La complicité nouée entre elles, le sentiment de confiance réciproque et la reconnaissance mutuelle créent des liens, qu'ils s'agissent de relations s'inscrivant dans un système de parenté formel ou de liens familiaux patentés basés sur l'amitié. Dans le cas contraire, les liens se relâchent après la naissance de l'enfant, sont rompus ou ne sont tout simplement jamais advenus.

10.3.1 Liens d'apparentement

Dans ce premier cas de figure, les personnes impliquées initialement dans l'entente inscrivent leur relation dans un système généalogique formel ancré dans le lien de sang. Chaque femme y occupe une place, soit de mère ou de tante. Lorsque le projet réunit des membres de la même famille, la tierce conserve le statut de tante qui lui aurait été dévolu même si elle n'avait pas porté l'enfant ou donné ses ovules, mais en y accolant un petit quelque chose de plus. « Je me vois comme une matante *spéciale* parce que je vais avoir porté l'enfant de mon cousin, confie Vanessa. Une matante qui a donné un coup de pouce pour aider à bâtir cette famille-là », ajoute-t-elle. Cela fait écho à l'expérience d'Anaïs qui, en tant que génitrice des enfants de son frère, n'est pas une tante comme les autres : « Ils [les pères d'intention] m'appellent « matante poule », parce qu'en anglais, des ovules, ce sont des *eggs*. Je trouve ça *cute* », précise-t-elle.

Dans d'autres situations où les personnes adhèrent plus particulièrement au modèle de la maternité honoraire, les femmes porteuses et les pères d'intention bricolent des liens nouveaux et inédits qui dérogent aux normes familiales traditionnelles. Pour Kate, l'aménagement de tels liens d'apparement correspond à sa motivation première exprimée dès l'amorce du processus d'enfantement. Conformément à son intention initiale, elle ne considère pas vraiment l'enfant qu'elle a porté comme sa progéniture, mais plutôt comme l'enfant de ses amis et la petite sœur de sa propre fille :

I don't really talk about her so much as my daughter. She's [prénoms des deux pères]'s daughter. Although, I do talk about her as [prénom de sa fille]'s sister. It's like a different kind of family relations that we're creating, which is what I thought it would be all along. I didn't think that they would be falling to in any recognizable pattern. I wanted to do something new. (Kate, femme porteuse)

Ce cadre familial s'apparente à une forme de pluriparentalité, où la femme porteuse et sa fille sont reconnues respectivement comme la mère (sans exercer un rôle de parent) et la sœur de l'enfant, deux statuts entérinés par les pères eux-mêmes :

He refers to them as sisters. Like, he would say: "[prénom de sa fille], come here and help me change your sister". So, he's already taking the lead in referring to her as sisters, while they're both present. (Kate, femme porteuse)

Dans le cas de Marilyne, les liens d'apparement se sont tissés tranquillement et en douceur, presque à l'insu de tout le monde. Si, au départ, elle était censée être une « bonne amie qui a porté l'enfant du couple » dans le cadre d'une entente de GPA génétique, les aléas de la vie ont fait en sorte que les membres de la triade se sont rapprochés au point de créer des liens familiaux. Le lien de sang n'est pas ici le facteur prépondérant, puisqu'elle attribue davantage l'approfondissement de leur relation aux expériences vécues ensemble face à l'adversité. Les funérailles de la mère d'un des pères ont été le tournant de ce rapprochement entre eux :

Pour les papas, j'étais celle qui portait leur enfant et donc, ma place était à côté d'eux. Moi, je me serais assise dans le fond de l'église, mais là j'étais *taguée* « famille ». On dirait que ça mettait un baume sur le cœur de tout le monde le fait qu'il y avait un petit bébé qui s'en venait pour eux. On a passé une semaine là-bas. Ça nous a rapprochés beaucoup. Ça a changé un peu la mentalité de : « Je suis juste une amie qui leur fait un enfant ». C'est devenu plus près encore, comme si ça nous avait soudé. (Marilyne, femme porteuse)

Ces liens d'appartenance ne concernent pas juste les adultes de la triade, mais aussi leurs parents et leurs enfants, le cas échéant. De fait, les frontières de la famille deviennent plus poreuses, permettant d'ajouter des personnes plutôt que de les tenir à distance, à l'orée de la cellule familiale. C'est d'ailleurs ce qu'a fait le patriarche de la famille du père d'intention endeuillé qui, après les funérailles de sa femme, a établi un rapport affectif avec Marilyne similaire à celui qu'on retrouve entre un beau-père et sa bru :

Pour le grand-papa [du bébé qu'elle a porté], je suis comme sa bru. Pour lui, on est tellement proches et soudés [les pères et elle], que ce n'est plus une question de mère porteuse. Il m'appelle toutes les semaines. C'est comme si j'avais un papa tout d'un coup qui s'inquiète pour moi. Je pense que je suis rentrée dans la famille. Je ne pensais pas que c'était pour être aussi intense (Marilyne, femme porteuse)

Le redéploiement des liens familiaux ainsi noués implique de les intégrer dans un tout cohérent, ce qui peut poser certains défis en ce qui concerne le choix des termes d'adresse. De fait, les pratiques familiales novatrices telles que celles vécues par Kate et Marilyne n'ont pas toujours leur équivalent dans le vocabulaire de la parenté. Autrement dit, c'est une chose de vivre les relations, mais ça en est une autre de les nommer. « Les mots me manquent » me déclare justement Marilyne, lorsque je la questionne sur les termes qu'elle utilise pour définir les liens d'appartenance qu'elle est en train de construire avec les pères d'intention. Elle ajoute que cela pose d'ailleurs un problème en ce moment pour sa propre fille, qui a exprimé le besoin de faire sens de son rapport singulier avec l'enfant que sa mère a porté pour ses oncles :

On disait au début que ça allait être « cousin, cousine », mais ça ne marchait pas pour ma fille. Elle en a des cousins et des cousines... et ce n'est pas la même chose. Elle comparait les liens dans la famille, et ça ne sonnait pas bien dans sa tête. Au début, j'ai proposé « frérot », mais les gars n'aimaient pas ça. Je leur ai dit qu'il fallait trouver un autre terme, parce que ma fille a besoin de trouver quelque chose de plus près. (Marilyne, femme porteuse)

L'aménagement de tels liens d'appartenance sous-tend une certaine souplesse de la part de l'ensemble des personnes concernées. Cette particularité peut aussi permettre de rétablir des ponts, comme ce fut le cas entre Marilyne et sa mère, qui s'étaient éloignées pendant la grossesse pour autrui. Bouleversée à l'annonce de la GPA, cette dernière a craint pendant longtemps que toute relation avec le nouveau-né soit proscrite, brisant alors son cœur de grand-mère en devenir.

Comme l'explique Marilyne, l'arrimage des deux familles a permis à sa mère de trouver une place qui s'apparente à celle de grand-mère, apaisant ses craintes appréhendées : « Après ça, elle se foutait des termes. J'ai alors compris que ma mère était finalement en paix avec tout ça ». Somme toute, le processus d'enfantement peut fabriquer de la parenté, en tissant des liens autour de l'enfant.

10.3.2 Liens d'amitié et de parenté patentée

De façon tout aussi créative, le processus d'enfantement crée et actualise d'autres types de liens relationnels au sein des réseaux des personnes concernées. L'amitié entre les membres de la triade, ou entre les deux couples, est alors à la base de ces relations, lesquelles peuvent prendre une connotation familiale – des liens de parenté patentée – lorsque la tierce y est désignée comme une « matante », ou une « tantie ». Par exemple, la receveuse du don de Véronique lui a signifié son désir que cette dernière soit une tante pour l'enfant à naître, faisant écho à la relation amicale presque sororale que le processus de don a établie entre elles. Cette désignation lui est toutefois réservée de façon exclusive, et n'implique pas de liens avec son conjoint (comme oncle) ou ses enfants (comme cousins, cousines).

Elle [la mère d'intention] n'a pas de sœur ni de frère. On a convenu que je serais comme une matante. Il y a une partie de moi dans un neveu ou une nièce; on est issus de la même généalogie, on a quand même des liens de parenté. [...] Mais pour mes enfants, l'enfant ne sera pas un cousin ou une cousine. Ils n'auront pas d'affiliation entre eux. (Véronique, donneuse d'ovules)

La figure de tante et ses dérivés (matante, tantie, tatie, etc.) est souvent accolée aux femmes porteuses, et ce, sans égard à la filière d'accès ou à la formalisation de l'entente. C'est le cas de Geneviève qui entretient une relation soutenue avec chaque enfant issu de ses deux GPA gestationnelles initiées à l'origine par l'entremise d'une agence privée. Les surnommant affectueusement ses « *belly buddies* », elle se fait un point d'honneur de garder contact avec les enfants qui ont grandi dans son ventre. Les technologies de l'information comme Skype lui permettent alors de maintenir le lien avec les parents, malgré les centaines de kilomètres ou l'océan qui les séparent :

C'est « tatie Geneviève ». Je parle avec la petite sur Skype toutes les semaines, malgré qu'elle soit encore jeune – elle a juste 8 mois, mais elle sait très bien qui je suis. Quand on allume Skype, et que je lui lance : « *Hi baby!* », elle part folle; les bras, les jambes, *let's go!* Les gros sourires, elle me jase. C'est notre routine depuis qu'elle est venue au monde. (Geneviève, femme porteuse)

À l'instar d'autres femmes porteuses rencontrées, Geneviève n'hésiterait pas une seule seconde à prendre sous son aile les enfants qu'elle a portés, advenant par exemple le décès des parents d'intention. C'est aussi le cas de Virginie, dont l'expérience de GPA a fait en sorte de joindre les deux couples jusqu'alors inconnus par des liens de parenté patentés : « Finalement, toute cette aventure a agrandi notre famille », estime-t-elle. Même si elle ne s'était pas engagée au départ dans le processus d'enfantement en ayant cet objectif en tête, la complicité et la confiance établies entre le couple d'intention et le sien les ont incités à officialiser leur relation par le marrainage et le parrainage :

J'étais prête à couper complètement les liens après la naissance. [...] On a tellement gardé un bon lien que c'est moi la marraine à [prénom de l'enfant qu'elle a porté], et c'est eux qui sont parrains-marraine de ma troisième. Je suis athée, alors c'est vraiment plus au niveau symbolique. (Virginie, femme porteuse)

D'autres personnes vont s'en tenir à une amitié forte empreinte de reconnaissance, sans nécessairement ressentir le besoin d'y ajouter une forme d'apparement, formel ou non. Par sa connotation maternelle symbolique, le lien du marrainage semble tout indiqué pour témoigner de la reconnaissance des parents avec la contribution de la femme porteuse, comme ce fut le cas pour Virginie. Or, cette présomption ne correspond pas toujours aux sentiments qui habitent les personnes concernées, à la fois les parents d'intention et la femme porteuse :

Je me suis toujours dit que je refuserais ce mandat-là. Elle [la mère d'intention] a dit : « C'est drôle que tu me dises ça, parce que quand tu étais enceinte, on a failli te demander si tu voulais être la marraine, mais on te l'aurait demandé parce que l'on se sentait un peu obligé ». Finalement, ils ont demandé à une amie très proche. J'ai dit « Je suis contente que vous ne l'ayez pas fait, parce qu'étant donné la situation et le contexte, j'aurais été vraiment mal à l'aise de vous dire non ». (Patricia, femme porteuse)

Le processus d'enfantement par GPA peut aussi tisser une toile relationnelle grâce au lien matriciel partagé entre les enfants engendrés par la même femme. Ayant vécu deux grossesses pour autrui pour autant de couples d'intention rencontrés soit par le biais d'une agence ou d'une communauté en ligne, Claudine témoigne du lien symbolique entre toutes ces personnes jusqu'alors étrangères. À ses yeux, tous les enfants, les siens compris, font désormais partie du même « clan » fraternel :

Je leur ai dit : « On devrait se rencontrer toute la gang, dans un parc ». C'est ça qu'on a fait. On a pris une photo avec tous les enfants. C'est *cool* parce que les enfants de ces deux mamans-là ont été portés par la même femme. C'est un lien qui est quand même assez significatif, et c'est assez unique. Mes enfants font aussi partie de ce clan-là, si on veut. Ces enfants-là pourront dire plus tard : « On a tous poussés dans le même utérus, *man!* » [éclat de rire]. (Claudine, femme porteuse)

Le processus d'enfantement crée du lien social, mais sa teneur varie selon la relation nouée entre les personnes concernées. « Ce n'est pas parce qu'elle était notre porteuse qu'elle allait nécessairement devenir mon amie, clarifie Josée. Par contre, même si elle n'était pas devenue mon amie, j'aurais toujours été reconnaissante envers elle, et si elle avait eu besoin de moi, j'aurais toujours été là pour elle », conclut-elle. Cette propension à créer des liens n'est toutefois pas automatique ni immuable, puisque les liens peuvent se rompre ou ne jamais advenir.

10.3.3 Liens rompus ou jamais advenus

Dans ce troisième et dernier cas de figure, les personnes impliquées dans le processus d'enfantement mettent fin à la relation, ou n'ont jamais eu l'intention d'en initier une. Cela va souvent de pair avec la stratégie narrative de la contribution obliérée présentée plus tôt. Louise, par exemple, avait déjà établi avec la donneuse qu'elles allaient cesser d'entretenir leur relation dès la naissance de l'enfant.

Je lui avais dit : « Après l'accouchement, chacune va de son côté ». Tout le long de ma grossesse, on s'écrivait. Quand la petite est née, je lui ai envoyé une photo : « Je te présente ma fille ». Je connais son nom [à la donneuse], si jamais il y a un problème au niveau médical, et qu'on a besoin de savoir quelque chose d'elle et de sa génétique. Ça, je lui en avais parlé, et elle m'avait dit : « Oui, s'il y a quelque chose, tu me fais signe ». (Louise, mère d'intention par don d'ovules)

Si une fin de relation peut être prévue d'un commun accord et être pleinement acceptée par les personnes concernées, comme pour Louise et sa donneuse, la diminution de la fréquence des contacts après la naissance de l'enfant peut aussi contrevenir à l'entente initiale. Évoquant sa relation avec le premier couple qu'elle a aidé en portant leur enfant, Anne explique que les pères ont soudainement modifié l'arrangement qu'ils avaient établi ensemble au départ, où elle était censée maintenir un lien durable comprenant des contacts fréquents :

Cela se passe différemment [de l'entente initiale]. Ils ont changé le *Faire partie de la fête de l'enfant* à *Le voir un jour avant ou après, mais pas durant la fête*. Avant, ils m'écrivaient à tous les jours. Là, ils m'écrivent seulement si je leur écris. Si je demande à voir le bébé, ils vont me donner une période de temps pour y aller, mais sans mes enfants. Ils ont accepté que mon mari vienne une fois, mais lui, il ne se sent pas bien de m'y accompagner. Il dit : « On dirait qu'ils veulent nous tasser ». (Anne, femme porteuse)

Déçue de la tournure des événements, Anne me confie qu'elle ne serait d'ailleurs pas étonnée si, un jour pas si lointain, les contacts cessent totalement ou sont réduits au strict minimum entre elle et l'enfant et ses pères. Ce bris de l'entente lors de sa première expérience a fait en sorte qu'elle ait pris soin de clarifier et de valider ses attentes lors de la négociation de son deuxième projet de GPA avec un autre couple gai, soucieuse que l'issue du processus d'enfantement soit différente et puisse faire émerger des liens de proximité.

Enfin, en cas de don d'ovules anonyme, les liens ne sont jamais advenus et n'advieront sans doute jamais. Suzie, une mère d'intention s'étant procuré des ovules par l'entremise d'une banque de gamètes européenne, a choisi cette filière d'accès expressément dans le but de ne pas avoir de relation avec la donneuse lors de son processus d'enfantement. Cette dernière demeure à ses yeux un être désincarné avec lequel elle n'entretient aucun lien, hormis un sentiment de reconnaissance. Elle a fait ce choix pour être en mesure de vivre pleinement une relation triadique avec son conjoint et l'enfant à naître, et non entre son couple et la donneuse, dont la présence viendrait interférer dans la construction de son rapport à la maternité.

Puisque je ne suis pas en relation avec elle [la donneuse], elle demeure un concept. Il y a une distance. Émotionnellement, je ne dépends pas d'une relation. Je vis mon émotion en lien avec mon conjoint, puis avec l'enfant que je vais porter. Je suis en relation avec *eux*, mais pas avec *elle*. Ça me procure une certaine liberté. (Suzie, mère d'intention par don d'ovules)

Dans le cas des liens rompus ou jamais advenus, le maintien de la relation n'est pas envisagé ou même possible, soit parce que cela correspond à l'entente de départ, ou parce que le verrou de l'anonymat des dons de gamètes en scelle l'issue. Dans d'autres cas, la mise à distance de l'autre fait en sorte que les liens, pourtant envisagés comme durables, sont remis en question par certains membres de la triade, brisant par le fait même la relation.

10.4 Résumé du chapitre

Définir sa place dans l'histoire familiale implique une variation de conceptions des maternités assistées, regroupées dans ce chapitre selon trois modèles. Le premier modèle présente une mère comme figure maternelle unique et exclusive avec, à ses côtés, l'autre femme l'ayant aidée à fonder une famille. Le deuxième modèle propose une suite successive de mères, chacune ayant contribué à sa façon au processus d'enfantement et étant reconnue comme telle selon sa composante maternelle. Le troisième modèle révèle une mère honoraire, dont le rôle auprès de l'enfant, figure maternelle présente et symbolique à la fois, s'arrime en complémentarité avec celui des parents qui en prennent soin.

Par ailleurs, la mise en récit des origines suppose l'annonce ou la dissimulation à l'enfant des circonstances entourant sa naissance. Les stratégies narratives empruntées par les adultes pour raconter l'histoire se déclinent en trois avenues distinctes réparties sur un continuum du degré de dévoilement, du récit génésiaque à la contribution obliérée, en passant par le dévoilement progressif. Enfin, la naissance de l'enfant représente le dénouement du processus d'enfantement, mais aussi le déploiement d'une trame relationnelle inédite entre les adultes qui tissent des liens autour de lui. La nature de ces liens varie selon les motivations de départ des personnes concernées, l'issue de la négociation, mais aussi, et surtout, la dimension relationnelle entretenue ou non lors de la mise en pratique de la gestation pour autrui et du don d'ovules.

Chapitre XI. Discussion

La médiation procréative comme approche relationnelle

« Comment les expériences des femmes directement concernées par le don d'ovules et la gestation pour autrui permettent-elles de mieux comprendre la construction du rapport à la maternité dans un contexte de fragmentation de ses composantes? », me suis-je demandé lors de l'amorce de la thèse. L'articulation des cadres méthodologiques et conceptuels a ainsi été conçue dans le but d'élaborer une théorisation enracinée dans les expériences de ces femmes, considérées comme des informatrices privilégiées pour rendre compte du phénomène à l'étude. Ma démarche visait trois objectifs, soit 1) comprendre la manière dont les femmes impliquées dans une entente se représentent leur apport respectif dans le projet parental par GPA ou don d'ovules; 2) identifier les pratiques d'appropriation et de mises à distance de la maternité déployées par les femmes, ainsi que les facteurs personnels, sociaux et normatifs qui favorisent ou inhibent leur émergence et 3) mettre en lumière la dimension relationnelle du processus d'enfantement.

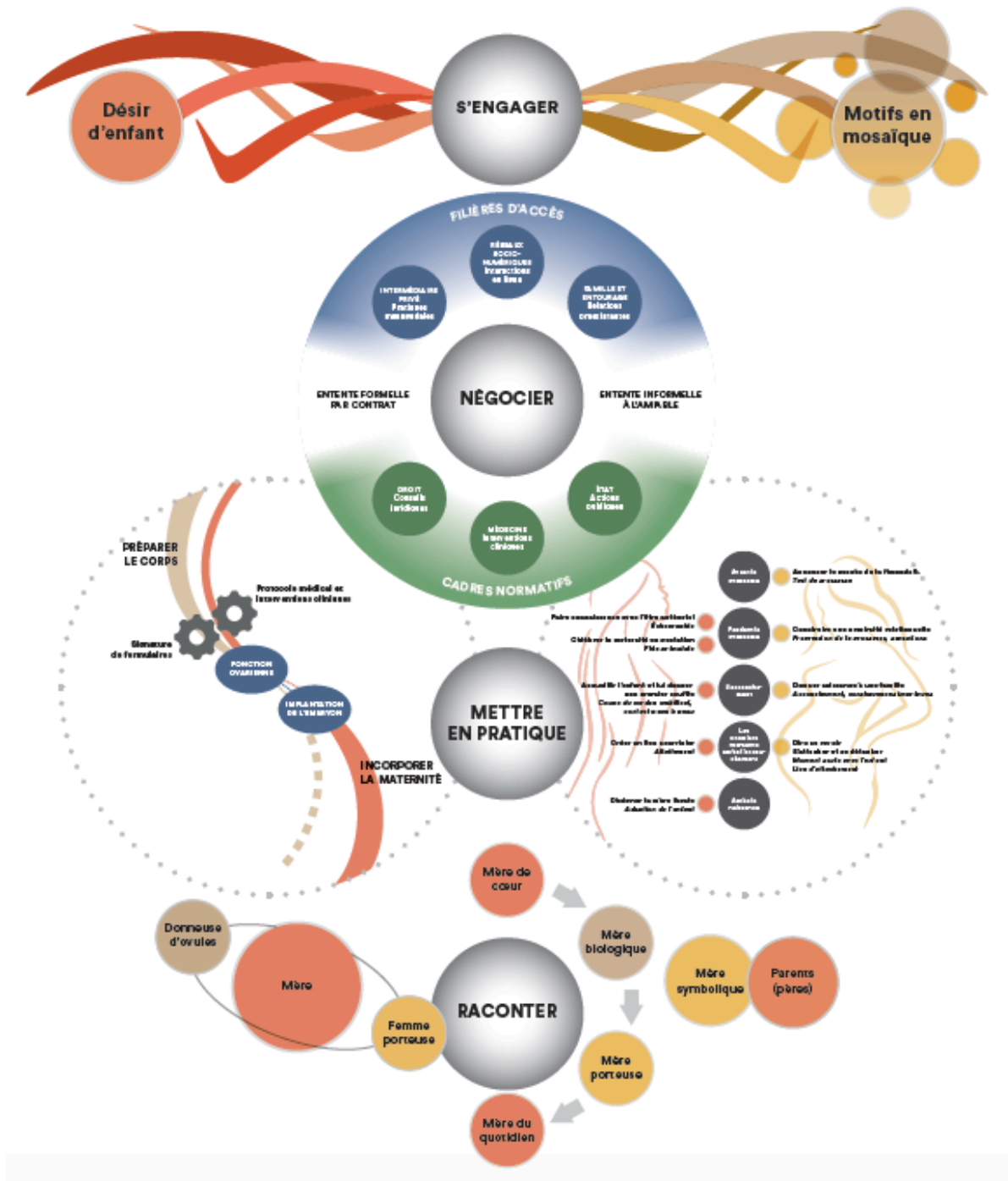
Dans ce chapitre de discussion, je propose d'éclairer les fondements et les applications théoriques de mon modèle explicatif à la lumière des résultats présentés dans les chapitres précédents. J'identifie ensuite les retombées de la recherche pour l'avancement des connaissances, l'encadrement des pratiques de GPA et de don d'ovules et le développement d'une intervention novatrice. Je conclus en soulignant les limites de l'étude et en proposant plusieurs pistes de recherches futures.

11.1 Fondements théoriques

Fruit d'une démarche de recherche qualitative basée sur la méthodologie de la théorisation enracinée constructiviste, la « médiation procréative » propose une intégration des quatre séquences du processus d'enfantement par GPA ou par don d'ovules. Il s'agit d'un modèle dialogique qui retrace les jalons de la construction du rapport à la maternité initié par la

formulation d'un projet parental, puis déployé dans des contextes d'action où plusieurs femmes participent à la venue au monde de l'enfant. La figure suivante intègre ces jalons dans un modèle intégratif :

Figure 10. Modèle de la médiation procréative



Choisie à dessein, la notion de « médiation » est un terme polysémique qui recèle de multiples applications : elle peut être *culturelle* (Jacob et Le Bihan-Youinou, 2008), *sociale* (Jaccoud, 2009), *conjugale* et *familiale* (Baude, Drapeau et Robitaille, 2018), *judiciaire* (Guillemard, 2012) ou encore, *pénale* (Gauthier, 2009). Quel que soit son ancrage professionnel ou son champ d'intervention, la médiation est un dispositif interdisciplinaire qui vise à mettre en dialogue des subjectivités et à construire des ponts pour aller à la rencontre de l'Autre. Contrairement au sens commun, elle ne se résume pas uniquement à l'accompagnement procédural d'une négociation ou à un mode alternatif de résolution de conflits (Balmer et Hébert, 2009), puisqu'elle participe à la régulation de la vie sociale (Bonafé-Schmitt, 2017). Créatrice de liens sociaux, la médiation représente aussi, et surtout, un maillage d'univers de sens qui implique des efforts de traduction, lesquels vont au-delà d'une seule finalité instrumentale (Chouinard, Couturier et Lenoir, 2009). Dans le cadre précis de la recherche, cette traduction renvoie notamment à l'interprétation des données qualitatives recueillies et à leur théorisation, ainsi qu'à la posture du chercheur.

Pour les besoins de conceptualisation, je retiens plus particulièrement la *mise en relation* qu'implique un processus de médiation, c'est-à-dire la rencontre et les interactions, humaines et symboliques, entre des personnes engagées conjointement vers un but commun. J'y accole le mot « procréative » pour spécifier son champ d'application et qualifier la particularité de l'enfantement par procréation assistée par autrui. Ce modèle s'appuie sur quatre principes qui en constituent ses fondements théoriques : le découpage du processus en séquences et ses effets structurants, l'approche de proximité dans laquelle se déploie la mise en relation entre les personnes concernées, le croisement des régulations qui viennent embrouiller le consentement des femmes et, finalement, la pluralité des expériences qui rend compte de leurs stratégies d'appropriation et de mise à distance de la maternité.

11.1.1 Un processus découpé en séquences

Le découpage du processus d'enfantement en quatre séquences distinctes – *s'engager, négocier, mettre en pratique et raconter* – rend saillant les actions posées par les femmes concernées et la dynamique relationnelle qui se construit au fil du temps et des événements. Il positionne la médiation procréative comme un « constructivisme en acte » (Memmi, 2014, p. 192), lequel est enraciné dans une approche pragmatique pour y capter la construction du rapport à la maternité. Considérant que « tout choix est social, non seulement en ce qu'il est plus ou moins contraint socialement, mais aussi en ce qu'il implique des interrelations avec autrui » (Garneau, 2015, p. 14), la médiation procréative arrime les expériences individuelles des femmes avec les marqueurs structurels qui ponctuent l'ensemble du processus. Elle met aussi en relief les tensions interpersonnelles qui surviennent, ainsi que les rapports de pouvoir et les inégalités qui peuvent s'instaurer. En cela, elle s'inscrit dans une perspective théorique de la structuration (Giddens, 1987), laquelle repose sur le postulat de base que les interactions entre les actrices et acteurs sont structurées et structurantes; une dualité qui renvoie à l'existence de principes complémentaires, et non opposés.

Ce double mouvement implique que les règles et les ressources (personnelles, familiales, communautaires) mobilisées dans l'action sont en même temps le résultat de l'action et les conditions de réalisation de celles-ci : « L'étude de la structuration des systèmes sociaux est celle des modes par lesquels ces systèmes, qui s'ancrent dans les activités d'acteurs compétents, situés dans le temps et dans l'espace et faisant usage des règles et des ressources dans une diversité de contextes d'action, sont produits et reproduits dans l'interaction de ces acteurs, et par elle », explique Anthony Giddens (1987, p. 74). Cette conception structurelle se donne à voir dans la dimension sémantique et de légitimation de l'action (Kechidi, 2005), par exemple lorsque les femmes donnent un sens à leurs comportements et à leurs relations pour réduire l'incertitude entraînée par la fragmentation de la maternité et la désignation de « la » mère. Sur le plan théorique, les implications du séquençage de la médiation procréative sont de trois ordres.

Premièrement, l'analyse de chacune des séquences permet d'examiner les choix et les décisions des femmes concernant leur rôle respectif dans la triade d'enfantement, la filière d'accès à la procréation assistée retenue, les circonstances et les conditions souhaitées pour la concrétisation du projet, de même que le contenu de l'histoire familiale racontée à l'enfant. Deuxièmement, elle s'attarde au discours justificatif que les femmes donnent à leurs choix et met en lumière les représentations et considérations relationnelles, matérielles et symboliques qui le sous-tendent : ce qui « fait » ou « ne fait pas » la mère aux yeux des femmes porteuses et des donneuses d'ovules a par exemple une incidence énorme sur l'ensemble du processus. Troisièmement, elle restitue les dimensions habilitantes et contraignantes que recèlent les contextes d'action, mettant en lumière les cadres normatifs et leurs barrières structurelles, de même que l'influence des axes de structuration sociale des maternités assistées.

11.1.3 Une approche de la proximité

Au regard des débats intellectuels qui animent à la fois la communauté scientifique, les mouvements féministes et la société civile, les techniques de reproduction assistée semblent toujours aller de pair avec les notions de marché mondial et de « tourisme procréatif » (Inhorn et Patrizio, 2015). Puisque le contexte transnational des ententes implique souvent des personnes ayant une langue, une culture et une position sociale différentes, les pratiques de GPA et de don d'ovules sont alors théorisées principalement sous la loupe de la marchandisation du corps des femmes et assimilées à des formes d'exploitation (Agacinski, 2009; Cooperman, 2018; Lafontaine, 2014). Les accords sont évalués à l'aune des risques et des complications juridiques appréhendées (Crockin, 2013), lesquels impliquent diverses régulations et la présence de nombreux intermédiaires (Millbank, 2018).

Pour autant, ces mêmes pratiques se déploient aussi dans des contextes d'action locaux où les personnes partagent un bagage culturel commun, qui se caractérise par des représentations similaires de la maternité et de la parenté, ainsi qu'un niveau socioéconomique relativement équivalent. Selon les circonstances, elles se côtoient régulièrement et partagent des moments significatifs qui nourrissent et consolident leur confiance mutuelle. C'est le cas pour la majorité des situations rencontrées dans le cadre de la thèse.

Tout comme l'a fait Teman (2010) en référence au contexte israélien de la GPA, j'avance que, dans de telles situations bien précises, le processus d'enfantement se caractérise par la proximité et la similitude, et non la distance et la différence. À la lumière des expériences des femmes rencontrées, je remarque en effet que la proximité géographique et culturelle entre les personnes impliquées leur permet de créer au quotidien une trame relationnelle qui consolide l'entente de procréation assistée par autrui. La relation est alors garante de l'issue du processus et du niveau de satisfaction des personnes impliquées dans l'entente, et se pose en contrepied aux critiques voulant que la procréation assistée par autrui « déshumaniserait » soi-disant l'expérience des femmes (de Koninck, 2018), les réduisant à un « utérus à louer » ou les confinant au rôle de « servante écarlate »³². Au contraire, les tierces font partie prenante du processus d'enfantement. Elles occupent souvent une place dans le récit de la genèse familiale, particulièrement chez les familles conçues par GPA.

Ces observations font écho aux expériences documentées dans d'autres contextes sociolégislatifs en Occident, alors que les savoirs empiriques qui émergent témoignent de l'inscription des femmes porteuses, non seulement dans le roman familial des parents d'intention, mais également dans le système de parenté de l'enfant ainsi né (Blake et al., 2016; Côté et Sallafranque St-Louis, 2018; Courduriès, 2016; Golombok, 2015). Quant aux femmes porteuses et aux donneuses d'ovules, le lien qui les unit avec les parents d'intention est au cœur de leurs récits, davantage même que celui à l'enfant qu'elles ont aidé à concevoir (Jadva, Imrie et Golombok, 2015; Teman, 2010). Cette réciprocité des liens entre les adultes est mise de l'avant alors que l'enfant est vu comme étant le dénouement relationnel des contributions de chacune des personnes impliquées, c'est-à-dire les parents d'intention, la femme porteuse ou la donneuse d'ovules, son conjoint et ses enfants, le cas échéant.

³² Du nom du roman de fiction dystopique de Margaret Atwood paru en 1985, la « Servante écarlate » (*The Handmaid's Tale*) retrace l'avènement de la république de Gilead aux États-Unis, un régime totalitaire gouverné par des chrétiens fondamentalistes ayant imposé une théocratie puritaine où la population est constamment surveillée et où les femmes sont opprimées. L'héroïne du récit, Defred, est une femme porteuse confinée à la reproduction humaine, comme en témoigne la longue toge rouge écarlate qui lui couvre entièrement le corps. Le livre a été adapté au cinéma en 1990 par Volker Schlöndorff, puis connaît à nouveau un engouement populaire depuis 2017 grâce à la série télévisée du même nom.

11.1.2 Un croisement de régulations qui embrouillent le consentement

Si les recherches précédentes portant sur la GPA et le don d'ovules se sont surtout penchées sur les trajectoires et les motivations d'engagement des personnes concernées (Jacob-Wagner, 2018; Teman, 2008), de même que sur la mise en pratique du processus et son intégration dans le récit familial (Golombok, 2015), la médiation procréative s'attarde également sur l'étape cruciale de la négociation. Moment charnière s'il en est, la négociation de l'entente met en lumière les normativités qui circulent au sein des filières d'accès et des cadres normatifs que sont le droit, la médecine et l'État, et leurs incidences sur le reste du processus d'enfantement. Plutôt que de comprendre l'enfantement et la vie familiale comme étant soumis à des règles ou à des obligations, je soutiens, à l'instar de Smart (2007), qu'ils devraient être compris comme des séquences façonnées par la négociation de relations au fil du temps.

Or, les idées reçues qui persistent à l'égard de la GPA et du don d'ovules, le manque d'informations claires et accessibles à propos de ces pratiques et la variabilité des procédures légales et cliniques à l'échelle canadienne forcent les personnes concernées à naviguer à l'aveugle dans les dédales médicaux, administratifs et étatiques. « Ce qu'on *doit* faire » et « Ce qu'on ne *doit pas* faire », notamment en ce qui a trait au remboursement des dépenses admissibles, le choix du protocole médical et les procédures requises pour l'établissement de la filiation font l'objet d'interprétations variées de la part des couples et des tierces reproductrices. S'intéresser à la manière dont les personnes concernées perçoivent, utilisent et pensent le droit et l'aide médicale à la reproduction permet de mieux comprendre comment elles naviguent dans les « eaux troubles » de l'encadrement normatif de la GPA et du don d'ovules. Si certaines triades mobilisent peu ces cadres normatifs (les personnes impliquées dans une entente de GPA génétique, notamment), d'autres s'en remettent presque entièrement à l'avis de personnes considérées comme expertes pour négocier leur entente, prendre des décisions et mettre en pratique le processus d'enfantement. Par l'entremise des pratiques professionnelles de ses représentants et de l'organisation des services, j'avance que le droit et la médecine reproductive mettent à l'épreuve le caractère renouvelable, affirmatif et rétractable d'une compréhension féministe du consentement (Gotell, 2008).

Étant donné l'absence d'encadrement législatif de la GPA au Québec, les préoccupations légales occupent une place importante dans le discours des femmes rencontrées. Néanmoins, les recherches en sciences sociales montrent que les personnes ayant une connaissance lacunaire ou erronée du droit tendent à s'appuyer sur des croyances et des représentations de *ce qu'elles croient être* le cadre législatif en vigueur, avec toutes les conséquences potentiellement négatives qui peuvent en découler (Belleau et Cornut St-Pierre, 2012). L'exemple de Jacinthe, la participante qui ignorait tout de la nullité des contrats de GPA au Québec et de son droit de mettre fin à sa grossesse sans obtenir l'autorisation du couple d'intention, est probant. Une meilleure compréhension des lois et des règles touchant la conjugalité ou la famille ne favorise toutefois pas nécessairement une réaction préventive visant à aller au-devant des problèmes éventuels, puisque des considérations émotives entrent aussi en jeu (Belleau, 2015). C'est d'ailleurs le cas dans plusieurs exemples rapporté par les participantes, où l'aspect relationnel de leur entente à l'amiable est fortement valorisé, contrairement à la formalisation de l'entente par contrat dans une autre province canadienne qui est perçue comme étant froide et dénaturée.

Confrontés à des réponses évasives, incohérentes ou insatisfaisantes de la part des agents gouvernementaux et des cliniques de fertilité, certains couples d'intention et femmes porteuses s'en remettent à l'expertise attribuée aux intermédiaires privés, principalement les juristes et les gestionnaires d'agences spécialisées, pour les accompagner dans leurs démarches. Dès lors, la préparation d'une convention signée entre les parties s'impose comme amorce du processus, ou est du moins fortement suggérée, et ce, même au Québec où les conventions ne sont pas exécutoires. Le désir exprimé par certaines participantes de vouloir « faire les choses comme il le faut », c'est-à-dire en mettant noir sur blanc les modalités de l'entente, met en lumière la « contractualisation des relations » (Bastard, 2013, p. 110) qui tend à s'imposer dans les ententes de procréation assistée, que le projet réunisse des personnes jusqu'alors inconnues ou des amis. Pour autant, la signature d'un contrat n'est pas une panacée ni un gage de consentement éclairé.

Gouvernée par une logique commerciale, cette tendance grandissante en matière de régulation du couple et de la famille suppose une liberté contractuelle qui agrée à l'ensemble des parties. La notion de consensualisme dans la sphère privée « reconnaît une nouvelle conception du contrat comme instrument de coopération, de confiance et non comme un

instrument de coercition » (Langevin, 2008, p. 521). Dans la mesure où ils respectent la loi, les contrats de mariage et les ententes de divorce sont par exemple validés par les tribunaux, et ce, même s'ils s'avèrent souvent désavantageux pour les femmes (Langevin, 2009). « Ce courant favorise le retrait de l'État de la sphère privée au profit d'initiatives personnelles qui ne respectent pas toujours l'égalité entre les conjoints », analyse la professeure de droit Louise Langevin (2009, p. 24). L'application du modèle contractuel aux ententes de GPA recèle deux écueils potentiels, soit la subordination du pouvoir des femmes sur leur corps à la volonté des parents d'intention (et des intermédiaires), ainsi que l'assimilation du consentement à une signature unique et irrévocable.

Bien que les femmes puissent disposer de leur corps et que le fœtus n'ait aucun statut juridique au Canada (Robert, 2017), les conventions de GPA comprennent des dispositions qui viennent restreindre considérablement la liberté et le pouvoir d'agir des femmes porteuses. Les restrictions alimentaires et comportementales enchâssées dans les clauses du contrat déséquilibrent la relation entre les personnes impliquées dans le projet, en octroyant aux parents d'intention un levier de contrôle indu sur la femme qui accepte de porter leur enfant. Une surveillance extérieure dans pareils cas ne semble même pas nécessaire, puisque les femmes porteuses rencontrées craignent énormément les poursuites judiciaires advenant un quelconque problème avec la santé de l'enfant à naître. Qui plus est, elles ont l'impression d'avoir les pieds et les poings liés dès qu'elles apposent leur signature à la fin du contrat, écartant l'idée qu'elles puissent changer d'idée en cours de grossesse pour certains tests prénataux ou l'interruption de grossesse, par exemple.

Les parents d'intention sont souvent pointés du doigt comme étant ceux qui veulent contrôler à tout prix la femme qui les aide à devenir parents. Bien que cela puisse être le cas dans certaines situations, il appert que les contrats sont souvent construits à partir de modèles préétablis et suggérés par les agences privées, lesquels font ensuite l'objet de pourparlers entre avocats. Les membres de la triade sont rarement conviés à ces discussions, puisqu'ils délèguent cette partie de la négociation aux intermédiaires. Plusieurs femmes, mères d'intention et femmes porteuses confondues, m'ont avoué ne pas saisir tous les tenants et aboutissements du contrat de plus de 40 pages qu'elles ont signé et ignorer la portée juridique de telles ententes en cas de

conflits, ce qui témoigne du fossé entre le droit et les pratiques sociales des individus (Pélisse, 2005). Par ailleurs, il est souvent précisé dans les conventions que la femme porteuse doit se conformer pendant la grossesse à l'avis du médecin en matière d'alimentation ou de train de vie, ou encore accepter les interventions cliniques qu'il jugera nécessaires au moment de l'accouchement (le recours à la césarienne, par exemple). Si une telle clause (suivre les recommandations du médecin) est courante dans les contrats professionnels des athlètes sportifs, des mannequins et des actrices dont le corps est le principal « outil de travail » (Phillips, 2013), une telle mesure soulève des enjeux particuliers en contexte de GPA, puisqu'elle dépossède les femmes de leur agentivité et de leur pouvoir décisionnel en matière de santé reproductive.

La contractualisation des relations consolide alors la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, octroyant un pouvoir au médecin et brouillant les paramètres concernant l'identité de la patiente et de ses droits. À cela s'ajoute le respect de la confidentialité et la protection de la relation médecin-patient (Horner et Burcher, 2018), pour lesquels plusieurs tierces reproductrices rencontrées ont émis des doutes quant à leur préservation. En effet, au regard de plusieurs situations relatées en entrevues par ces participantes, il appert que l'équipe médicale de la clinique ait révélé aux parents d'intention des informations les concernant, et ce, sans leur accord préalable. Cette médicalisation du processus concerne également les donneuses d'ovules, estime Vanessa Gruben (2013), puisque des conflits d'intérêts peuvent survenir lorsque le professionnel de la santé doit conjuguer avec une situation impliquant plusieurs personnes ayant un but d'enfantement commun, mais dont les intérêts peuvent diverger.

Par exemple, une mère d'intention ayant recours à un don de gamètes a tout intérêt à ce que la ponction ovarienne soit fructueuse et permette de récolter plusieurs ovocytes de bonne qualité, ce qui implique de la part de la donneuse d'ovules une observance thérapeutique exigeante et des interventions cliniques intrusives sur son corps. Les préoccupations pour la santé de cette dernière invitent pourtant à une certaine prudence, étant donné le peu de connaissances dont on dispose actuellement concernant les répercussions d'un tel protocole médical et de ses traitements hormonaux.

De même, en contexte de GPA gestationnelle, le transfert d'embryon est une procédure complexe et coûteuse qui amène souvent les membres de la triade à vouloir maximiser leur passage en clinique, afin de réduire les coûts financiers et émotionnels d'un tel processus. Si les parents d'intention caressent le souhait de devenir parents le plus rapidement possible, les femmes porteuses veulent quant à elles leur procurer cette joie à tout prix, même lorsque l'implantation d'un deuxième embryon ou la prise de fortes doses d'hormones impliquent des risques accrus pour leur santé.

Dans ces deux scénarios, le médecin est confronté aux espoirs de la mère d'intention qui sollicite son expertise en clinique de fertilité (et qui cumule les rôles de patiente et de cliente), ainsi qu'aux intérêts des donneuses et des femmes porteuses, que ces dernières mettent parfois elles-mêmes en veilleuse dans le but d'atteindre leur objectif. Cette observation rejoint la notion de « *agency through objectification* » de Thompson (2005, p. 178), où l'objectification de son corps comme forme d'agentivité se donne à voir dans la persévérance des tierces à s'astreindre aux procédures médicales pour atteindre leur objectif de contribuer à la venue au monde d'un enfant. Alimentée par leurs motivations de départ, cette détermination est néanmoins teintée d'autres considérations telles que le sentiment de loyauté et de solidarité envers la mère ou le couple d'intention, la peur de décevoir, ou encore, la méconnaissance de ses droits et des alternatives possibles sur le plan clinique. Comme le relèvent Ashenden (2013) et Langevin (2009), la dimension relationnelle entre les membres de la triade d'enfantement vient alors complexifier l'adhésion des tierces au projet, laquelle peut être librement consentie, sans nécessairement être éclairée.

11.1.4 Une pluralité d'expériences, entre conformité et résistance

Le quatrième fondement de la médiation procréative concerne la possibilité de déjouer le piège du récit unique (Teman, 2018a), en offrant un cadre explicatif qui favorise, pour reprendre l'expression de la sociologue Marianne Chbat (2017), l'intégration de « récits en mosaïque ». La pluralité des discours et des expériences restitués dans la thèse s'explique entre autres par la variété des filières d'accès et le type de GPA utilisé par les participantes, laquelle a permis de recueillir des témoignages rarement entendus, ou qui contrastent de ceux relayés

par les médias, les groupes d'intérêts et les intermédiaires privés. Au-delà des points d'entrée dans le processus d'enfantement, les expériences des femmes témoignent de tensions entre leur désir de se conformer aux normes familiales et de genre pour échapper à la stigmatisation, mais aussi leur volonté de résister à ces mêmes normes pour les transformer, et ainsi inscrire leurs trajectoires marginalisées au sein d'une diversité familiale reconnue et respectée.

En sollicitant une autre femme pour devenir mère, fonder une famille et assouvir leur désir d'enfant, les mères d'intention que j'ai rencontrées dérogent aux attentes publiques et aux pressions de conformité attribuées aux femmes; elles se sentent incomplètes, défailtantes. Plusieurs se blâment pour la conception non advenue, accusant au passage ce corps qui les a trahies, mais dont elles ne peuvent se départir. L'impossibilité d'enfanter par elles-mêmes les amène à questionner leur choix de vie et à réfléchir à la façon de se (re)définir. En s'aventurant sur la voie de la procréation assistée par autrui, elles craignent les préjugés de leur entourage et doutent même parfois, au moment de la formulation du projet, de leur capacité à aimer leur enfant à naître qu'elles n'auront pas porté ou qui ne leur sera pas lié génétiquement. Au cœur de ce tumulte émotionnel, la quête d'une maternité légitime et pleinement reconnue reste en filigrane de la relation que ces femmes entretiennent avec celles qui acceptent de les aider. Ployant sous le joug de l'institution de la maternité, elles résistent néanmoins aux injonctions de genre en donnant un sens nouveau aux événements qui ponctuent le processus d'enfantement.

La *naturalisation* identifiée dans la recension des écrits évoque cette volonté exprimée par les mères d'intention « d'instiller de la maternité » à des faits et gestes déterminés socialement, en leur attribuant dès lors une essence maternelle conforme à une certaine vision naturaliste. En l'absence d'un lien *in utero* ou d'un lien génétique, les participantes mettent de l'avant d'autres types de liens (charnels ou symboliques) par les rattacher à la maternité : échographie et présence aux rendez-vous médicaux, fête prénatale, coupe du cordon ombilical et peau-à-peau au moment de la naissance rapprochent à chaque fois les mères par GPA du statut qu'elles revendiquent grâce à la grossesse d'une autre. Les mères par don d'ovules vont quant à elles investir pleinement le lien qu'elles construisent avec l'enfant pendant les neuf mois de la gestation. Pour ces deux groupes de mères, le lien nourricier de l'allaitement leur offre la possibilité d'apaiser certains deuils, en créant une intimité exclusive et réconfortante avec leur

nourrisson. Considérant la place du corps dans ces stratégies d'appropriation de la maternité, le verbe « incarner » semble mieux capter leur signification. Je rejoins ici les idées avancées par Dominique Memmi (2014, p. 225) dans son ouvrage *La revanche de la chair* :

Pour désigner la forme particulière qu'emprunte ici ce travail (soit le fait qu'il s'appuie sur le corps visible, montrable, manipulable), les termes de *matérialisation* ou, mieux, d'*incarnation* paraissent adéquats. Le second terme est parfaitement adapté si l'on prend le sens du verbe « incarner » dans son sens premier, c'est-à-dire « représenter une idée abstraite en chair propre, de manière visible et matérielle », pour lui donner une certification par sa matérialité, par la relation entre deux corps comme garantie [...], pour rendre une existence matérielle à une existence sociale, et vice versa, pour créer à partir d'une relation charnelle une relation sociale.

Au regard de leur trajectoire d'engagement dans le processus d'enfantement et de sa mise en pratique, les mères d'intention sont portées par un désir d'enfant dont l'actualisation leur permet d'accéder à la maternité ou d'offrir les joies de la paternité à leur conjoint. Elles aspirent à créer un lien de transmission avec leur enfant, lequel passe davantage par un sentiment d'accomplissement – « j'ai la conviction d'avoir contribué à sa venue au monde » – et une affirmation de leur contribution en tant que mère (formulation du projet parental, participation génétique en cas de GPA gestationnelle ou encore, participation charnelle par le recours au don d'ovules), plutôt qu'un besoin unique de se reproduire. Ce constat fait écho à celui avancé par Dominique Mehl (2011, p. 84) à partir de ses entretiens avec des femmes concernées par la procréation assistée en France :

Les aspirants à la PMA avec don et à la gestation pour autrui parlent d'avoir un « enfant un peu de moi » et non de concevoir un « héritier génétique ». Instruits des phénomènes biologiques de la reproduction, ils savent que l'emprise génétique est relative, médiée par l'épigenèse, modulée par le culturel et l'éducatif. Aussi expérimentent-ils moins un souhait de se reproduire qu'une envie d'avoir charnellement collaboré à la venue au monde de leur enfant. L'enjeu est une participation corporelle plus qu'une transmission biologique.

Par le positionnement aux marges de la maternité, les mères d'intention déploient une énergie considérable pour atteindre son centre. Or, assimiler uniquement et sans détour cette adhésion de leur part à une forme d'intériorisation de la norme procréative axée sur la biologie serait une analyse somme toute réductrice, faisant abstraction des systèmes sociaux qui traversent et façonnent les expériences individuelles. En effet, les femmes sont aussi motivées

par un souci de protection : elles souhaitent se prémunir des jugements à l'emporte-pièce véhiculés dans les débats actuels sur la procréation assistée par autrui, où leur désir d'enfant est véhément critiqué par des personnes étrangères au vécu de l'infertilité. En faisant tout leur possible pour se conformer aux représentations normatives de la famille, elles évitent ainsi que leur statut maternel et leurs liens familiaux soient dévalorisés ou relégués à des expériences de second ordre perçues comme étant moins authentiques.

Le poids de l'institution de la maternité et des normes familiales ne pèse pas uniquement sur les épaules des mères d'intention. En effet, il en est de même pour les tierces reproductrices, femmes porteuses et donneuses d'ovules confondues, dont l'implication dans le projet parental d'autrui est jugée à l'aune de représentations qui ne sont pas nécessairement les leurs (Rayscher, Young, Durham et Barbour, 2017). Pour éviter l'étiquette déviante accolée aux femmes qui abandonnent leurs enfants, ces participantes réitèrent dans leur discours et par leurs pratiques le fait qu'elles ne sont – n'ont jamais été et n'ont même jamais voulu être – des mères. Cette volonté à mettre à distance la maternité s'explique par notre compréhension euroaméricaine univoque de « la » mère comme étant une seule et même personne. En réfutant toute affiliation maternelle, les femmes porteuses et les donneuses neutralisent ainsi les accusations en évacuant leur prémisse. Cette volonté partagée par les deux groupes de tierces s'actualise néanmoins de façon différente, selon leur positionnement dans la triade.

Dès les balbutiements du processus, les femmes qui acceptent de donner leurs ovules enclenchent un processus de *désincarnation* de leur matériau génétique destiné à être confié à une autre qui l'incorporera dans sa chair. De manière analogue, Bestard et Orobittg (2009) conceptualisent cette dynamique en deux processus psychiques opposés, mais complémentaires : la *dé-substantialisation* et la *re-substantialisation*. Le premier processus évoque la séparation entre la procréation biologique et la reproduction sociale que les donneuses doivent intégrer, tandis que le processus inverse permet aux receveuses d'intégrer la contribution d'une autre femme à leur parcours procréatif. Qui plus est, pour les donneuses, le lien génétique de « fait pas » la mère : un raisonnement facilité par le caractère éthéré du don de gamètes et sa place oblitérée dans le processus d'enfantement, à l'ombre de la grossesse comme marqueur symbolique de la maternité.

Cette prédisposition individuelle est nourrie et consolidée par deux dispositifs avant la ponction ovarienne, soit les interventions cliniques et les termes utilisés par l'équipe médicale, ainsi que la signature de formulaires de consentement qui scelle le destin des embryons conçus en laboratoire en les octroyant officiellement aux parents d'intention.

L'expérience des femmes porteuses contraste résolument avec celles des donneuses, puisque leur labeur se prolonge pendant plusieurs mois. Chacune mobilise tout autant leur corps que leurs émotions, mais contrairement au don d'ovules qui se déroule à l'abri des regards en clinique, la GPA est une pratique engagée dans la sphère publique : le ventre arrondi est un gage de maternité que les gens projettent constamment sur la femme porteuse, qui doit alors mettre en place différentes stratégies pour les esquiver avec adresse. Pour autant, le mouvement de *compartmentation* conceptualisé dans la recension des écrits en référence notamment aux travaux de Teman (2010) et de Jacobson (2016) ne correspond pas exactement au discours de mes participantes.

« *Leur enfant, sa grossesse* », ai-je écrit pour témoigner de cette frontière tracée entre le couple d'intention et la femme porteuse. En général, cette dernière embrasse et vit la grossesse comme une expérience globale qui lui appartient pleinement en tant que femme; l'espace occupé par fœtus qu'elle porte pour autrui « fait partie » d'elle. Cela se donne entre autres à voir par l'intérêt porté par plusieurs femmes porteuses envers la grossesse et l'accompagnement maïeutique en maison de naissance, l'intégration de l'enfant en devenir dans leur vie familiale et la gestion de la proximité physique avec les parents d'intention, et plus particulièrement la mère. Cette différence notable avec les travaux ethnographiques précédents pourrait s'expliquer de plusieurs façons. Je propose ici une combinaison de deux hypothèses.

Premièrement, la GPA au Canada n'est pas une pratique aussi fortement institutionnalisée que celle instaurée en Israël (Teman, 2010), ni une pratique commercialisée comme aux États-Unis (Walker et van Zyl, 2015), où les droits des parents d'intention identifiés comme clients prévalent bien souvent sur ceux de la femme porteuse, notamment sur le plan des décisions impliquant le fœtus (la réduction embryonnaire ou l'avortement, par exemple). Dans ces deux cas de figure, le pouvoir des femmes porteuses sur leur corps est davantage circonscrit par des agents extérieurs, lesquels participent à cette compartimentation à l'aide d'un

assortiment de normes culturelles et de règles légales (Teman et Berend, 2018). L'encadrement normatif actuel au Canada offrirait alors une plus grande marge de manœuvre aux femmes canadiennes pour penser leurs expériences corporelles, bien que, paradoxalement, le manque de balises claires les fragilise tout autant (Lavoie et Côté, 2018a).

Deuxièmement, la notion de compartimentation semble surtout relayée dans les pays où la pratique de GPA est structurée par un ensemble d'acteurs (agences privées, groupes associatifs et de soutien, communautés en ligne), lesquelles participent à l'émergence d'un tel narratif. Ayant accès aux films, blogues et forums de discussions en anglais qui abordent le « voyage de la GPA » (*surrogacy journey*), avec ses propres codes et normativités (Berend, 2016a; Fisher et Hoskins, 2013), mes participantes anglophones et celles ayant fait affaire avec une agence ontarienne adhèrent davantage à ce discours, comparativement aux participantes francophones et celles ayant utilisé d'autres filières (qui constituent la majorité de mon échantillon). En l'absence de telles organisations au Québec et de modèles de témoignages diffusés en français, ces dernières développeraient alors des manières alternatives de raconter leurs expériences.

Les stratégies de mise à distance de la maternité déployées à la fois par les donneuses et les femmes porteuses ne signifient toutefois pas qu'elles sont indifférentes envers l'enfant à naître. Autrement dit, le refus de la maternité n'est pas synonyme d'un désintérêt, et encore moins d'un rejet de leur part : « Il y a un glissement entre 'nier la contribution du corps des mères porteuses' et revendiquer l'absence de lien causal direct entre accouchement et maternité », rappelle avec justesse Hélène Malmanche (2014, p. 95). De même, j'ajoute qu'il y a une différence entre la mise en distance de la maternité et l'absence d'un sentiment d'attachement. Cette forme d'amour ressentie par les donneuses et les femmes porteuses et le regard bienveillant qu'elles posent sur l'enfant qu'elles ont aidé à enfanter constituent sans doute le plus grand tabou des maternités assistées, lequel provoque un malaise profond ayant des implications multiples.

D'une part, la GPA gestationnelle est privilégiée (voire même exigée par les agences), pour éviter à tout prix que la femme porteuse développe un attachement qualifié de « maternel » envers « son » enfant. Malgré la lourdeur du processus sur le plan médical et les coûts associés

à la FIV, cette présomption envers la GPA génétique n'est jamais remise en question. Pourtant, les expériences de mes participantes, femmes porteuses et donneuses d'ovules confondues, tendent à montrer que l'émergence d'un sentiment d'attachement n'est pas directement associée à la présence d'un lien génétique, puisqu'il survient à des degrés divers dans tous les scénarios procréatifs étudiés. L'expression de cet attachement demeure toutefois réprimée et passée sous silence par les tierces elles-mêmes, par souci de ne pas blesser ou alerter la mère d'intention, et de préserver ainsi la qualité de leur relation.

D'autre part, le déni du lien affectif semble être un élément qui participe actuellement à la construction d'un récit unique chez les tierces reproductrices : une « bonne » femme porteuse ou donneuse serait une femme en mesure de « faire une coupure » nette et de ne pas ressentir d'attachement envers l'enfant (Fisher et Hoskins, 2013; Jacob-Wagner, 2018). Le dénouement du processus est parfois précipité dans le but de faciliter cette coupure : par exemple, les femmes porteuses sont souvent invitées, de façon plus ou moins explicite, à ne pas toucher l'enfant après sa naissance, à ne pas lui donner le sein ou à ne pas prendre un moment seules avec lui. Perçus comme autant de déclencheurs potentiels d'un instinct maternel enfoui dans le cœur et les tripes de la femme, l'interdiction de ces gestes montre la puissance normative de l'institution de la maternité et de ses ramifications essentialistes. Pourtant, celles qui ont eu l'occasion de poser ces gestes, profiter d'un moment en tête-en-tête avec l'enfant avant de le remettre à ses parents notamment, rapportent des expériences très positives leur ayant permis de clore sereinement l'aventure.

11.2 Les retombées de la recherche

La présente thèse offre une contribution originale pour mieux comprendre la construction du rapport à la maternité en contexte de GPA et de don d'ovules. Je recoupe ses retombées en trois volets, soit l'avancement des connaissances, l'encadrement normatif et le développement d'une intervention novatrice.

11.2.1 Pour l'avancement des connaissances

En réunissant les trois éléments constitutifs du phénomène à l'étude – l'infertilité féminine, la gestation pour autrui et le don d'ovules – je retrace les discours des femmes concernées et documentent leurs pratiques sociales. Il s'agit d'un apport conséquent pour l'avancement des connaissances empiriques sur ces trois réalités respectives qui, prises individuellement en contexte canadien, demeurent méconnues (Jacob-Wagner, 2018; White, 2018b). Recueillir la parole de ces femmes dans le cadre d'une recherche qualitative offre l'occasion d'ajouter leurs voix au sein de la communauté savante, dont les discussions demeurent pour l'instant essentiellement théoriques (Côté, Lavoie et Courduriès, 2018). Cela permet aussi de mieux comprendre le déroulement du processus d'enfantement par GPA ou par don d'ovules, levant ainsi le voile pour la première fois sur son écosystème au Canada : les trajectoires et les motivations des femmes, les filières d'accès, les cadres normatifs et l'organisation des soins et des services.

La thèse offre une illustration d'une démarche scientifique par MTE constructiviste, une posture épistémologique de co-construction des savoirs enracinés dans les subjectivités qui demeure encore relativement peu explorée dans les recherches francophones (Jacques, St-Cyr Tribble et Bonin, 2016). Par son arrimage conceptuel interdisciplinaire, la thèse apporte aussi une contribution substantielle et originale dans le champ des sciences de la famille et des études féministes (Bohme, 2017), au croisement des travaux sur la procréation assistée et la maternité. Pour ce faire, j'ai emprunté un chemin analogue à celui de l'anthropologue française Florence Weber (2013, p. 7), lequel m'a permis de positionner les représentations sociales de la famille, et d'en dégager les transformations actuelles au prisme d'une modélisation théorique.

L'analyse ethnographique de la parenté mise en œuvre ici pour proposer une modélisation alternative est fondée non pas sur une cohérence locale puis universelle des systèmes de parenté, mais sur des études de cas qui permettent de comprendre les expériences individuelles en portant attention à leurs cadres socio-historiques.

La mise en dialogue des expériences vécues dans une perspective interactionniste offre un regard analytique qui révèle la pluralité des univers de sens portés par les femmes. Utilisée entre autres par Côté (2014) dans le cadre d'une recherche sur le rôle des donneurs connus au

sein des familles lesboparentales québécoises, cette triangulation des points de vue rend saillantes les alliances et les tensions qui émergent entre les personnes, de mêmes que les solidarités qui se tissent au fil du processus d'enfantement. Les représentations sociales du système de parenté euroaméricain restituées dans la thèse sont articulées de telle sorte à faire émerger une compréhension beaucoup plus fluide des liens d'apparentement.

Par exemple, le fait que la fille de la femme porteuse et la fillette qu'elle a contribué à faire naître pour un couple d'amis puissent être apparentées entre elles en tant que sœurs, sans que cela n'implique nécessairement pour elle un statut maternel. Ou à l'inverse, le fait qu'une donneuse d'ovules soit désignée comme une tante ou une marraine auprès l'enfant issu de son don, mais qu'un tel lien d'apparentement patenté entre les deux familles ne relie pas les enfants sous une forme de cousinage. Ces cas de figure indiquent que les représentations sociales sont en changement et, surtout, que les personnes concernées réfléchissent à ces liens de façon créative et différente de ce qui est véhiculé dans les débats publics. À sa façon, la médiation procréative offre ainsi une illustration de la « parenté pratique » théorisée par Florence Weber (2013, p. 29) :

Analyser la parenté pratique, c'est d'abord restituer les mots de chacun, les mots de l'expérience, les mots d'interaction. [...] C'est réfléchir sur les cadres collectifs des expériences et des interactions singulières. Ces cadres collectifs, ce sont des mots et des gestes, du droit et des injonctions, des sentiments et leurs expressions, des raisonnements et des façons de compter, d'évaluer, d'apprécier les objets – qui sont détachés des personnes – et les choses – qui ne le sont pas.

Enfin, la concrétisation d'un projet parental à l'aide d'une tierce soulève la question des origines, laquelle est guidée actuellement par une logique excluante visant à désigner les parents, qui ne peuvent être plus de deux. Cette même logique préside à l'anonymat des dons de gamètes et au modèle d'adoption plénière qui implique de rompre le lien de filiation de naissance pour en établir un nouveau (Déchaux, 2017). « Pourquoi ne pas plutôt envisager l'être humain dans sa globalité, fruit du croisement de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux? se demande Ravez (2013, p. 112-113). Ne pourrait-on pas dès lors envisager une filiation plurielle qui intégrerait la dimension génétique, la dimension gestationnelle et la dimension sociale? ».

Ces questions soulevées par le philosophe belge touchent directement le phénomène des maternités assistées, et soulignent les défis actuels de penser les réalités familiales contemporaines au-delà des normes de notre système de parenté. Selon la séquence de la mise en récit des origines relevée dans la thèse, il semble nécessaire d’engager notre réflexion collective vers la notion de « filiation métissée » proposée par Ravez (2013, p. 119), où les composantes de la maternité constituent un « ensemble dont la structure n’a rien de chaotique, mais qui est néanmoins complexe ».

11.2.2 Pour l’encadrement de la gestation pour autrui et du don d’ovules

Le droit est un garant majeur pour assurer la protection et la sécurité des personnes impliquées dans un processus d’enfantement à plusieurs. Même si la vaste majorité des recherches – ainsi que la mienne – tendent à démontrer que les expériences vécues semblent être positives et satisfaisantes pour l’ensemble des personnes concernées, loin de moi l’idée de dépeindre une édulcorée des techniques de reproduction assistée. De fait, l’absence d’encadrement législatif pour la GPA au Québec place actuellement toutes les parties dans une position de vulnérabilité. Étant donné la nullité des conventions et les régimes de filiation actuels, les parents d’intention doivent vivre avec la crainte que leur enfant ne leur soit pas remis à sa naissance ou encore, qu’il soit ardu de voir leurs liens de filiation être établis. Ils sont également soumis à différentes tracasseries administratives qui s’ajoutent à l’adaptation associée à l’accueil d’un nouveau-né. Les femmes porteuses, quant à elles, ne sont pas assurées que les parents prendront l’enfant à charge à sa naissance. Cette situation représente une épée de Damoclès aux dessus de leurs têtes qu’il conviendrait de retirer à travers une réforme du droit de la famille.

Pour contrer les effets de la contractualisation des relations basée sur une vision libérale de la volonté entre les parties et de leur autonomie, la recherche d’une égalité *substantive* m’apparaît nécessaire. Cette approche de l’égalité « tient compte des effets discriminatoires des politiques, des lois, mesures ou décisions neutres à première vue, rappelle Langevin (2009, p. 25), et requiert des traitements différents pour des personnes placées dans des situations différentes ».

Cette approche s'oppose à une vision *formelle* de l'égalité qui commande que les personnes soient traitées strictement de la même manière, et ce, sans égard à leurs positions sociales et aux effets que cette hiérarchisation peut avoir sur ces personnes. Cette égalité substantive peut notamment se construire à l'aide d'actions publiques de l'État.

Au regard des expériences relatées par les participantes, le « flou juridique » concernant l'autonomie reproductive et les considérations monétaires doit être dissipé, tant sur le plan législatif qu'à travers des efforts de sensibilisation portés par les instances gouvernementales, les milieux associatifs et les corporations professionnelles. Plusieurs femmes se soumettent à différentes injonctions alimentaires ou comportementales pendant leur grossesse qui entravent leur autonomie et leur liberté. Elles se sentent souvent contraintes de suivre à la lettre ce qui est écrit dans les contrats, même si certaines clauses n'ont pas force de loi ou apparaissent abusives (Dalzell, 2018; Grammond, 2010). Dans un tel contexte, il est impératif de réaffirmer le droit des femmes de refuser tout traitement médical, de même que toute intervention sur le fœtus qu'elles portent. Elles doivent également rester libres de toute décision concernant leur grossesse – y compris de vouloir y mettre fin sans avoir à justifier leur décision – et leur accouchement.

Par ailleurs, lors du processus médical, le droit à la confidentialité de la patiente doit être préservé par le médecin, et ce, malgré les potentielles « inconduites » de la part de la femme porteuse ou de la donneuse d'ovules contraires à l'entente établie avec les parents d'intention (Horner et Burcher, 2018). De même, l'obligation imposée par les cliniques de fertilité d'obtenir le consentement du partenaire de vie de la donneuse d'ovules avant qu'elle puisse faire un don est problématique. Reliquat du patriarcat, cette mesure paternaliste accorde dans les faits à l'homme un droit de veto qui brime l'autonomie reproductive de la principale concernée (Johnson, 2017b). Bien que l'annonce au partenaire de vie et son implication dans le projet soient bien venues et sans aucun doute opportunes (même s'il demeure en retrait pendant le processus, par exemple), la souveraineté de la femme sur son corps m'apparaît un principe cardinal qui ne doit pas fléchir ni fait l'objet d'un compromis.

Dans le même ordre d'idée, il me semble important de se pencher sur les considérations financières entourant les pratiques de reproduction assistées. Dans un essai récent, Anne Phillips (2013, p. 100) argumente contre une conception libérale du corps comme propriété privée, mais considère néanmoins que les tierces reproductrices, par leur implication dans le projet parental d'autrui, ne doivent pas assumer tous les risques :

Nine months' pregnancy is a major commitment, and once surrogacy arrangements move beyond the close network of family and friends – once surrogates are assisting strangers with their infertility problems – donation with no compensation looks distinctly unfair. Such arrangements lack reciprocity, with all the benefits loaded on one side and all risks on the other.

Cette vision pragmatique rejoint celle de la juriste Louise Langevin (2015), qui considère que le caractère altruiste des ententes ne constitue pas un rempart infranchissable contre l'exploitation des femmes ni même un gage de consentement éclairé. Dans un contexte où le processus d'enfantement engrange de nombreuses dépenses et implique parfois des intermédiaires, il est en effet questionnable que les femmes soient les seules pour lesquelles une reconnaissance monétaire soit déniée, sous prétexte qu'elles le font par générosité ou par bonté d'âme. Dans plusieurs situations relevées dans la thèse, les femmes porteuses et les donneuses assument elles-mêmes certaines dépenses, s'appauvrissant par le fait même en voulant ardemment aider le couple. Préserver la pureté ou la beauté de leur geste prend bien souvent le pas sur leurs besoins matériels.

Ainsi, une réflexion collective à propos des considérations monétaires doit avoir lieu, laquelle doit néanmoins éviter un découpage réducteur entre deux pôles opposés : un altruisme jugé pur et noble d'un côté, et un marché dérèglementé de l'autre. À ce propos, le Nuffield Council on Bioethics (2011) en Grande-Bretagne identifie six termes différents pour qualifier les transactions impliquant une circulation d'argent dans le domaine de la procréation assistée par autrui : un *achat* (payer une personne pour se procurer quelque chose), un *dédommagement* (une transaction en cas de perte matérielle, ou autre), un *remboursement* (dans le cas de dépenses déjà encourues), une *compensation* (pour combler les pertes non monétaires occasionnées par le temps ou un inconfort, par exemple), une *récompense* (avantage monétaire remis à la suite d'une action) et une *rémunération* (sous forme d'un salaire).

Cet exemple de nuances sémantiques montre la nécessité de prendre en compte les déclinaisons et les variations possibles du même phénomène, pour éviter d'en brosser un portrait grossier et sans nuances. Le tabou et les positions idéologiques entourant la rétribution rendent toutefois difficile toute discussion collective visant à assurer que les femmes porteuses et les donneuses d'ovules ne se retrouvent pas financièrement désavantagées lorsqu'elles acceptent de collaborer au projet parental d'autrui (Hofmann et Moreno, 2016).

La rhétorique du don comme « cadeau de vie » bien présent dans les discours sur la GPA et le don d'ovules donne préséance au dévouement de soi et au caractère altruiste du geste (Jacobson, 2016), tout en reléguant au second plan les considérations financières et matérielles de la GPA et du don d'ovules, composantes pourtant essentielles pour le bien-être des femmes qui choisissent de s'impliquer dans un tel processus. De même, une analyse symétrique de la contribution des hommes et des femmes au processus d'enfantement pour justifier la gratuité des dons de gamètes fait l'impasse sur la dimension sexuée de ces pratiques. Bien que le don d'ovules et le don de sperme procurent une contribution équivalente sur le plan génétique, le premier requiert une observance thérapeutique, ainsi que des procédures invasives dont le deuxième est dépourvu. Dès lors, une éventuelle mise à jour de la loi fédérale sur la procréation assistée doit prendre en compte une analyse différenciée selon le genre.

11.2.3 Pour le développement d'une intervention novatrice

Au regard des expériences vécues par les femmes rencontrées, il me semble important de s'intéresser à la qualité des liens entre le couple d'intention et la tierce reproductrice tout au long du processus d'enfantement. « L'enfant n'est pas du tout effacé ici, plaide à ce propos Laurent Ravez (2013, p. 124), mais il est repositionné dans un système relationnel complexe dans lequel il a toute sa place. Plaider la cause de cet enfant devra dès lors passer par un soin particulier accordé à la cohérence et à la stabilité du système évoqué », ajoute-t-il. En ce sens, il est nécessaire de réfléchir à des mécanismes visant à prévenir et à dénouer les différends, sans tomber dans le piège d'antagoniser leurs besoins et leurs intérêts respectifs.

Je reprends ici la proposition que ma directrice de thèse et moi avons soumise récemment dans le cadre d'un mémoire sur la réforme du droit de la famille (Côté et Lavoie, 2018), qui consiste à appliquer de façon concrète l'approche de la médiation procréative dans le champ de l'intervention sociale. Comme point de départ, le dispositif de médiation familiale tel qu'implanté actuellement au Québec est un modèle d'intervention porteur qui pourrait facilement être adapté aux circonstances particulières des maternités assistées. Non seulement les médiateurs agréés sont habilités à négocier des ententes entre des parties pouvant avoir des intérêts divergents dans un contexte de charge émotionnelle élevée, mais ils sont également en mesure d'individualiser les conventions non seulement dans l'intérêt supérieur de l'enfant, mais également celui de chacune des parties (Belleau, 2016). Le fait que le processus se déroule en plusieurs étapes permettrait aux parties de prendre le temps de réflexion nécessaire préalablement à la concrétisation du projet, ce qui représente un gage important de maintien d'une relation satisfaisante à long terme (Walker et van Zyl, 2017).

Ce processus de « négociation raisonnée » permettrait aux parties de faire preuve d'agentivité, ce que réclament les femmes porteuses, les donneuses d'ovules et les mères d'intention que j'ai rencontrées. L'obtention d'une formation spécifique en matière de médiation procréative serait obligatoire pour que les professionnels obtiennent l'accréditation. L'objectif de cette formation serait de transmettre des connaissances sur les différentes dimensions du processus d'enfantement par GPA ou par don d'ovules, tant sur le plan légal, psychologique, relationnel et social.

Par ailleurs, un certain nombre de sessions de médiation en vue de l'établissement d'une convention devrait être offert à titre gracieux, au même titre qu'elles le sont actuellement pour les parents en processus de séparation. La gratuité du service de médiation m'apparaît importante, et ce, pour deux raisons. Premièrement, elle permettrait d'éviter que les personnes impliquées soient tentées de galvauder cette étape afin de réduire la facture d'honoraires professionnels. La gratuité est alors un moyen pour réduire les inégalités d'accès à la reproduction, et éviter ainsi sa stratification. Deuxièmement, elle instaurerait un espace de dialogue pour nommer les choses et les rendre explicites, particulièrement dans le cas des ententes à l'amiable (sans contrat) ou d'une contribution intrafamiliale ou entre amis.

Cette démarche s'inscrirait résolument dans une démarche préventive, afin de réduire les risques de mésentente ou de discorde portés devant les tribunaux. En pratique, chaque partie devrait pouvoir être vue séparément, pour avoir l'opportunité de discuter librement et sans contrainte de ses attentes et appréhensions quant au processus d'enfantement, avant la mise en commun de la discussion. Ces sessions devraient permettre de renseigner les parties sur les mécanismes d'établissement de la filiation, mais aussi les modalités contraires aux législations existantes, notamment celles touchant l'autonomie corporelle absolue de la donneuse d'ovules et de la femme porteuse. Les parents d'intention pourraient alors être sensibilisés au fait que ces dernières ne peuvent être contraintes d'adopter quelque comportement que ce soit pendant le projet et qu'elles ont le droit d'y mettre fin à tout moment, et ce, sans avoir à justifier leur décision. Ils doivent également être conscients que la femme porteuse n'a pas d'obligation de subir un avortement si elle ne le souhaite pas, et qu'elle reste la maîtresse d'œuvre de toutes les décisions concernant sa santé et celle du fœtus, et ce, jusqu'à ce que ce dernier soit juridiquement reconnu comme une personne.

Outre ces considérations légales, les enjeux éthiques liés à la concrétisation d'un projet parental par GPA ou par don d'ovules doivent également être négociés entre les parties, notamment la façon dont sa conception sera expliquée à l'enfant, la décision des personnes impliquées d'avoir recours ou non au matériel génétique de la femme porteuse, les termes d'adresse qui seront utilisés pour désigner l'ensemble des personnes concernées, etc. De fait, les participantes ont reconnu se sentir peu ou mal outillées pour faire face aux défis de la construction de la genèse familiale et de la mise en récit des origines. À cette fin, une collaboration interprofessionnelle avec la psychologue ou la travailleuse sociale responsable de la consultation psychosociale dans les centres de procréation assistée serait utile et nécessaire, afin d'arrimer les expertises et faire le pont entre les séquences du processus d'enfantement.

Cette proposition se distingue de celle formulée par le Comité consultatif sur le droit de la famille (2015, p. 172), dont la voie administrative comprenant « une intervention notariale, assortie d'un volet psychosocial » assumé par les centres jeunesse comporte selon moi plusieurs écueils. S'en remettre à un notaire pour dispenser des conseils d'ordre juridique ferait en effet l'impasse sur les multiples dimensions du processus d'enfantement (relationnelle, médicale,

légale, familiale, économique) en le réduisant à un acte notarié, en plus de remettre entre les mains d'une seule personne estimée « impartiale » (mais rémunérée par les parents d'intention) la responsabilité de transmettre des informations cruciales, mais souvent jugées incompréhensibles par des profanes du droit. Qui plus est, les femmes rencontrées ont témoigné des conseils mal avisés offerts par certains juristes, lesquels favorisent parfois les parents d'intention aux dépens de la femme porteuse.

De même, segmenter le volet psychosocial du processus de négociation et le confier à une professionnelle d'un centre jeunesse viendrait fragmenter une approche qui se doit d'être intégrative. Considérant la réputation de l'organisation et sa mission de protection de l'enfance, l'association d'un projet parental par procréation assistée à des évaluations posées en situation de compromission pourrait rendre mal à l'aise les personnes impliquées dans l'entente. Enfin, la propension des professionnelles des centres jeunesse à considérer d'abord et avant tout le « meilleur intérêt de l'enfant », parfois aux dépens des besoins et des intérêts des parents ou des autres adultes impliqués (Lapierre et Côté, 2011), contreviendrait à la dynamique bien particulière de l'enfantement à plusieurs.

Conclusion

Tenter de savoir. Pas une mince affaire, parce que lorsqu'il est question de maternité, on se retrouve très rapidement immergée dans les idées reçues. Les images de la maternité naissent dans le cliché et meurent sur un cliché. Si l'on veut s'aventurer ailleurs, loin des pôles ange/démon, il faut avancer prudemment, faire confiance aux histoires qui émergent, et espérer qu'elles forment, au bout du compte, un tout un peu cohérent. (Pour une maternité ambiguë, p. 13)

Fanny Britt (2013). *Les tranchées : maternité, ambiguïtés et féminisme, en fragments*. Montréal : Ateliers 10.

Porteurs d'un savoir enraciné dans des expériences singulières, les témoignages des femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules montrent que de nouvelles pratiques familiales émergent des dissociations introduites par les techniques de reproduction assistée. D'une figure maternelle unique et indivisible, on voit poindre désormais trois visages évoquant autant de composantes de la maternité : l'intention incarnée par la mère qui formule le projet parental de départ et s'engage à prendre soin de l'enfant à sa naissance, la génétique procurée par la donneuse d'ovules qui accepte d'offrir ses gamètes et de transmettre ses gènes et, enfin, la gestation que la femme porteuse assume à travers la grossesse et l'accouchement. Ces composantes concourent chacune à leur façon à donner naissance à un enfant.

« Aujourd'hui, avec la possibilité de disjoindre les séquences, la réflexion sur les fondements de la maternité devient cruciale » écrit Dominique Mehl (2008, p. 305), en conclusion de son ouvrage *Enfants du don*. Dans la même veine, la théologienne Florence Hosteau (2013, 169-170) nous invite à remettre en question notre conception exclusive de la parenté et à faire preuve d'inventivité pour inclure les constellations familiales contemporaines et ainsi faire preuve d'une véritable éthique de la reconnaissance :

Le partage des fonctions parentales conduirait à développer des solidarités, dans ce monde individualiste où les solidarités sont supplantées bien souvent par des démarches bureaucratiques et administratives. Ce partage, de poids de la gestion et de l'éducation de l'enfant, demande cependant une reconnaissance juridique et l'invention d'un nouveau langage où chacun aura un statut, une place et une reconnaissance symbolique. Ceci exige une révolution de notre mode de pensée occidentale de la parenté.

Tendre l'oreille pour écouter la parole des femmes directement concernées est l'avenue empruntée dans cette thèse pour se tenir « loin des pôles ange/démon », comme l'écrit l'autrice Fanny Britt dans son essai sur les fragments de la maternité. Dans le cadre de cette recherche, près d'une quarantaine de femmes ont accepté de partager leur vécu, confiant leurs désirs et leurs rêves, de même que leurs craintes, leurs appréhensions ou parfois même leur colère découlant de leur processus d'enfantement. À partir de ces récits personnels, un modèle théorique a été élaboré pour expliquer la construction de leur rapport à la maternité. Je conclus cette thèse en résumant d'abord la recherche et en rappelant ses constats principaux, puis j'identifie les limites de l'étude et suggère des avenues de recherches futures.

Résumé de l'étude

Bien que les différentes composantes de la maternité coïncident et s'incarnent en une seule et même femme dans la vaste majorité des cas, les pratiques de GPA et de don d'ovules viennent bouleverser cette vision unifiée de « la » mère, conviant jusqu'à trois femmes dans une triade d'enfantement inédite : une mère d'intention, une femme porteuse et une donneuse d'ovules. La thèse visait à mieux comprendre la construction du rapport à la maternité chez ces femmes, dans un contexte où leur parole est occultée du débat entourant la régulation de ces pratiques. Trois objectifs guidaient la démarche de recherche : 1) comprendre la manière dont les femmes se représentent leur apport respectif dans le projet parental; 2) identifier les stratégies d'appropriation et de mises à distance de la maternité déployées par ces femmes, ainsi que les facteurs personnels, sociaux et normatifs qui favorisent ou inhibent leur émergence et 3) mettre en lumière la dimension relationnelle du processus d'enfantement.

Les trois composantes des maternités assistées (intention, génétique et gestation) constituent le socle d'un arrimage conceptuel élaboré pour alimenter l'analyse, auquel s'ajoutent trois axes de structuration sociale. La première composante renvoie à la formulation du projet parental de départ et la prise en charge de l'enfant après sa naissance, la deuxième évoque le gamète et la transmission des gènes, tandis que la troisième symbolise la grossesse et l'accouchement. Les normes du système de parenté euroaméricain et les pressions exercées par l'institution de la maternité influencent la définition et l'aménagement des liens en soulevant plusieurs préoccupations, dont la quête de la « vraie » mère comme figure unique et exclusive, et l'image idéalisée de la « bonne » mère dotée de qualités féminines valorisées. La stratification de la reproduction révèle quant à elle les rapports de pouvoir qui prennent appui sur la hiérarchisation des positions sociales occupées par les femmes concernées.

La méthodologie de la théorisation enracinée constructiviste telle qu'élaborée par Charmaz (2014) a été retenue pour la recherche. Les données qualitatives ont été recueillies en deux vagues de recrutement dans une visée d'échantillonnage théorique, afin de favoriser l'émergence de catégories conceptuelles au fil d'un raisonnement analytique abductif. Quarante-cinq entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées au Canada auprès de trente-huit participantes ($n = 38$), soit treize mères d'intention, quinze femmes porteuses et dix donneuses d'ovules. Les entrevues ont été retranscrites intégralement, puis codées à l'aide du logiciel NVivo selon un processus continu de théorisation.

Les principaux constats de la thèse

Le processus d'enfantement correspond à une mise en relation qui se construit au fil de quatre mouvements : *s'engager* dans le processus d'enfantement, *négocier* une entente de procréation assistée, *mettre en pratique* la GPA et le don d'ovules et, finalement, *raconter* le récit des origines et trouver sa place dans l'histoire familiale. Le premier mouvement (*s'engager*) évoque les trajectoires des femmes concernées qui convergent vers un projet commun. La trajectoire des femmes stériles ou infertiles est motivée par le désir d'accéder à la maternité ou de permettre à leur conjoint de devenir père, tandis que celle des femmes porteuses et des donneuses d'ovules découle d'une mosaïque de motifs : offrir le cadeau de la maternité à

une autre femme, permettre à des hommes gais de devenir pères, porter un enfant pour autrui et vivre à nouveau la grossesse, transmettre ses gènes et laisser une trace, transformer la tristesse d'un deuil, obtenir un montant d'argent ou une compensation financière et satisfaire une curiosité et vivre une nouvelle expérience. Leurs représentations de ce qui « fait » ou « ne fait pas » la mère influencent les logiques discursives des femmes et orientent subséquemment leurs comportements et leurs pratiques.

Le deuxième mouvement (*négozier*) représente le point de rencontre entre les mères d'intention et les tierces reproductrices au sein de l'une des trois filières d'accès à la procréation assistée par autrui : la famille et l'entourage, les intermédiaires privés ou les réseaux sociaux numériques. Les femmes naviguent à travers les cadres normatifs du droit, de la médecine et de l'État, chacun générant des régulations qui teintent l'issue de la négociation et embrouillent leur faculté à consentir de manière éclairée.

Le troisième mouvement (*mettre en pratique*) correspondant au déroulement du processus d'enfantement par GPA et par don d'ovules. D'un côté, les femmes concernées ritualisent la grossesse et l'accouchement pour faire face à l'incertitude maintenue par le flou juridique actuel entourant la GPA. De l'autre, le don d'ovules correspond à une expérience corporelle « à relais » qui provoque la permutation du gamète féminin en maternité incarnée : la préparation et l'extraction des ovules du corps de la donneuse, puis l'implantation de l'embryon et la gestation du fœtus dans celui de la receveuse.

Le quatrième mouvement (*raconter*) témoigne de la mise en récit des origines, où chaque protagoniste trouve sa place dans l'histoire de la genèse familiale. Cette construction narrative s'enracine dans trois conceptions des maternités assistées : une maternité exclusive, des maternités séquentielles ou une maternité honoraire. Elles orientent l'annonce à l'enfant des circonstances entourant sa conception, ainsi que le type de liens noués entre l'ensemble des personnes concernées, incluant les partenaires de vie, les enfants et les grands-parents : des liens de parenté patentés, une relation amicale entre les deux familles ou encore, des liens rompus ou jamais advenus. La nature de ces liens varie selon les motivations de départ et l'issue de la négociation de l'entente de procréation assistée, mais aussi, et surtout, les affinités entre les personnes concernées et la proximité relationnelle entretenue ou non pendant la grossesse.

Réunissant ces quatre mouvements dans un modèle intégratif, la « médiation procréative » est un dispositif de mise en relation entre les personnes concernées qui repose sur quatre fondements théoriques. D’abord, elle implique un découpage en séquences, lesquelles structurent le processus d’enfantement au fil du temps et des événements. Ensuite, elle correspond à une approche de la proximité, puisque le processus se déroule au Canada et se caractérise par la similitude, et non la distance et la différence. Cette particularité permet aux femmes de créer une trame relationnelle qui consolide l’entente de procréation assistée par autrui. La médiation procréative se situe néanmoins au croisement de régulations qui embrouillent la faculté à consentir des femmes, entre la contractualisation des relations et la médicalisation de l’enfantement. Enfin, la pluralité des expériences des femmes témoigne de tensions entre leur désir de se conformer aux normes familiales et de genre pour échapper à la stigmatisation, mais aussi leur volonté de résister à ces mêmes normes pour les transformer, et ainsi inscrire leurs trajectoires marginalisées au sein d’une diversité familiale reconnue et respectée.

Limites de l’étude et pistes de recherche futures

De par son caractère exploratoire, la présente étude comporte certaines limites. La plus importante demeure sans doute celle de circonscrire le phénomène au contexte canadien, avec une attention particulière pour le Québec. Ce contexte se caractérise par une imbrication incertaine de cadre normatif, au carrefour de lois et de règlements adoptés par deux paliers de gouvernement. La régulation de la GPA et du don d’ovules au Canada diffère ainsi des autres juridictions, puisque les pratiques commerciales telles qu’observées chez notre voisin du Sud sont interdites, sans pour autant atteindre un niveau d’institutionnalisation similaire à ce qui est prescrit en Israël ou en Afrique du Sud, par exemple. Étant donné la variabilité des régulations et des représentations de la maternité à l’échelle internationale, les expériences documentées dans la présente recherche reflètent les préoccupations locales des femmes directement concernées. La théorisation ne peut donc être transposée directement à d’autres cas de figure sous peine de la déraciner de son contexte culturel, économique, juridique et social.

Par ailleurs, la prise en compte de ma posture subjective dans l'ensemble du processus de recherche, de l'élaboration de la problématique à l'analyse des données, teinte évidemment la restitution des résultats et leur portée. La dimension résolument constructiviste de ma théorisation représente à la fois une richesse et un biais interprétatif. Il ne s'agit toutefois pas d'une limite à proprement dit, puisque cette subjectivité a été exposée dès le départ et fait partie intégrante de la présente étude, selon une perspective épistémologique et méthodologique de co-construction des connaissances. De plus, la qualité de la relation nouée avec les participantes et leur sentiment de confort à se révéler à un inconnu, de même que la souplesse du guide d'entrevue sont des éléments primordiaux en recherche qualitative selon une approche compréhensive, laquelle est au cœur de ma démarche. Ces considérations invitent à accueillir la thèse comme une proposition théorique conditionnelle et circonstanciée au contexte précis de l'enfantement par GPA et par don d'ovules au Canada. En ce sens, elle n'offre pas un portrait exhaustif et objectif du phénomène, mais bien une théorisation explicative enracinée dans les expériences vécues par les femmes rencontrées.

Une autre limite concerne la diversité de l'échantillon. La décision de diversifier les groupes de femmes rencontrées selon les composantes de la maternité (intention, génétique et gestation) s'est avérée pertinente et audacieuse afin de recueillir une pluralité d'expériences. Toutefois, elle a aussi eu comme conséquence de ramifier l'échantillon en six sous-groupes distincts représentant autant de scénarios procréatifs possibles, accentuant par le fait même le besoin d'augmenter le nombre de participantes lors de la deuxième vague d'entrevues pour atteindre au moins une *suffisance* théorique (Dey, 1999). Considérant le nombre appréciable d'entrevues réalisées malgré les difficultés de recrutement rencontrées, la robustesse des catégories obtenues à la suite du codage et les ressources matérielles à ma disposition, j'ai pris la décision de clore le terrain à un moment donné pour poursuivre l'analyse des données et compléter l'écriture de la thèse. La réalisation d'entrevues supplémentaires pour questionner les participantes sur certains points précis (leur conviction religieuse, par exemple) aurait sans doute permis de découvrir de nouvelles facettes du phénomène en vue d'atteindre une *saturation* théorique.

En somme, la médiation procréative comme modèle explicatif constitue un apport intéressant à l'enrichissement des savoirs empiriques en sciences sociales. Il s'agit néanmoins d'une amorce basée sur les récits des femmes, laquelle mériterait d'être bonifiée en y ajoutant les points de vue d'autres actrices et acteurs concernés de près ou de loin par le phénomène. Dans les prochaines sections, j'explore quatre avenues possibles et justifie leur pertinence au regard de l'état actuel des connaissances.

Aux côtés des femmes concernées

La thèse s'est intéressée aux expériences des femmes directement concernées par la GPA et le don d'ovules. Afin de mieux comprendre la construction de leur rapport à la maternité, j'ai fait le choix de recueillir uniquement leurs témoignages. Pourtant, il est évident que le processus d'enfantement implique, à des degrés divers, les personnes qui gravitent aux côtés des femmes concernées, qu'ils s'agissent de leur partenaire de vie, de leurs enfants ou de leurs propres parents (Nordqvist et Smart (2014). Dès lors, questionner l'entourage familial constitue une avenue de recherches futures riche en découvertes (Séraphin, 2010), considérant la rareté des travaux qui réunit l'ensemble de ces points de vue.

Par leur adhésion au projet et leur présence tout au long du processus de procréation, les partenaires de vie des femmes en influencent le déroulement et participent à la dynamique relationnelle instaurée entre les protagonistes (Jadva et Imrie, 2014a). Développer un engagement et un sentiment d'efficacité auprès de l'enfant, soutenir leur conjointe et recevoir une reconnaissance sociale et des services adaptés à leurs besoins sont des défis fréquemment mentionnés par les pères (Gervais, deMontigny, Lacharité, et St-Arneault, 2016). Ces défis, de même que le stress vécu lors de la grossesse et à la naissance de l'enfant, peuvent fragiliser leur engagement paternel (deMontigny, Girard, Lacharité, Dubeau et Devault, 2013). Or, en contexte de GPA, le rôle d'accompagnateur est assumé par le conjoint de la femme porteuse, et non le père biologique de l'enfant à naître. On ignore comment les pères s'adaptent au fait que leur enfant soit porté par une autre femme et comment cette réalité influence la construction de leur engagement paternel.

Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement bouleversent le quotidien de la famille et entraînent plusieurs changements auxquels doivent s'adapter les conjoints (deMontigny, Gervais et Tremblay, 2015), notamment sur le plan de l'exercice de la coparentalité, la sexualité du couple et les relations avec les membres de la famille élargie et de la communauté. Bien que certaines donneuses d'ovules aient évoqué le fait que leur geste était un « don de couple », l'expérience de leurs conjoints demeure inexplorée. Dans le but d'ajouter leurs voix à celles des femmes rencontrées (Marsiglio, Lohan et Culley, 2013), il importe de mieux comprendre les expériences des pères et des partenaires de vie des femmes rencontrées dans la thèse, les rôles que ces hommes endossent ou s'attribuent, les relations et la forme d'engagement qu'ils développent au cours du processus et les défis qu'ils rencontrent au quotidien.

Si les recherches auprès des pères et des conjoints sont rares, celles menées auprès des enfants et des adolescents concernés par les techniques de reproduction assistées le sont certainement encore plus (Blake, Zadeh, Statham et Freeman, 2014). Or, ces derniers possèdent une créativité et une flexibilité particulières qui leur permettent de réfléchir autrement aux relations familiales dites « complexes », ou qui dérogent aux normes véhiculées dans la société et transmises par les adultes (Mason et Tipper, 2008; Mason et Hood, 2011). Les quelques études à ce sujet montrent que les enfants des femmes porteuses ou de donneuses d'ovules comprennent la portée de l'implication de leur mère dans l'entente de procréation assistée et en tirent même une certaine fierté (Jadva et Imrie, 2014b). Ils côtoient leur mère pendant la grossesse et la voient donner naissance à un nouveau-né. La place de l'enfant porté par leur mère varie; certains le considèrent comme un membre de leur famille, tandis que d'autres estiment qu'il n'en fait pas partie, puisqu'ils n'ont pas les mêmes parents ou ne vivent pas sous le même toit. Ils développent ainsi leur propre conception des liens entre apparentés, laquelle englobe divers aspects, dont l'affectivité, les interactions quotidiennes, la communication et la permanence de la relation (Sturgess, Dunn et Davies, 2001).

Pour autant, leur compréhension du rôle tenu par chaque membre de leur système familial en contexte de GPA ou de don d'ovules demeure méconnue, de même que leurs interactions à ce sujet avec leurs pairs dans divers milieux de vie (école, service de garde, équipe sportive, etc.). Il en est de même pour les enfants conçus grâce à la contribution d'une tierce,

dont les plus âgés viennent à peine d'atteindre l'adolescence (Zadeh, Ilioi, Jadvá et Golombok, 2018). Considérant la rareté des connaissances actuelles à ce sujet, il est nécessaire d'explorer les retombées sur la vie des enfants et leur compréhension de leur système familial et les stratégies qu'ils adoptent pour s'y adapter.

Intervention familiale et pratiques professionnelles

À cette trame familiale singulière s'ajoutent les intervenantes en périnatalité qui, à travers leurs pratiques professionnelles et leur présence avant, pendant et après la grossesse, contribuent à façonner l'expérience des familles impliquées dans une entente de procréation assistée par autrui (Malmanche, 2018a). Influencées par leurs croyances et leurs représentations des rôles parentaux, les intervenantes marquent en effet le parcours personnel et conjugal des membres de la famille par leurs pratiques (Braverman et Frith, 2014; deMontigny et Lacharité, 2012), et ont même une influence sur la construction identitaire des futurs parents (Normand, Laforest et deMontigny, 2009). Considérant leur rôle et leur pouvoir lors de la consultation psychosociale en clinique de fertilité (Morel-Laforce, 2016), les psychologues et les travailleuses sociales sont bien positionnées pour guider les personnes impliquées dans un processus d'enfantement et les accompagner lors de la construction du récit des origines, ainsi que pour la sélection des stratégies de dévoilement, le cas échéant. Des recherches pourraient être menées pour documenter les représentations de la famille et de la maternité de ces professionnelles, ainsi que leurs pratiques spécialisées.

Dans une perspective de collaboration interprofessionnelle et selon différents modèles culturels liés à la naissance (Baker et Lacharité, 2012), les infirmières, les sages-femmes et les médecins obstétriciens sont interpellés à trois moments charnières du processus d'enfantement, soit la conception, l'accompagnement pendant la grossesse et l'accouchement (Armuand, Lampic, Skoog-Svanberg, Wanggren et Sydsjö, 2017). Or, en contexte de GPA et de don d'ovules, les études ont surtout été menées auprès de spécialistes dont la pratique était exclusivement ou en partie dédiée à la procréation assistée (Burrell et Edozien, 2014; Stenfelt, Armuand, Wanggren, Svanberg et Sydsjö, 2018). On ignore comment les intervenants généralistes en périnatalité conjuguent avec une telle situation réunissant deux femmes (dont

l'une est la future mère et l'autre, la patiente vivant la grossesse) et la place qu'ils aménagent ou non aux hommes et aux enfants qui entourent ces femmes. Il apparaît donc nécessaire de documenter les pratiques qu'ils mettent en place à différents moments du processus, de même que leurs besoins en termes de formation pour mieux soutenir les familles.

Des ententes locales à l'émergence de circuits transnationaux

Considérant la complexité, les coûts et les risques associés au processus de procréation assistée par autrui au Canada, certains couples choisissent de franchir les frontières pour concrétiser leur projet parental et se tournent par exemple vers l'Espagne pour les dons d'ovules, et les États-Unis et l'Ukraine, ou l'Inde jusqu'à tout récemment, pour la GPA. De même, l'absence d'encadrement législatif au Québec favorise l'émergence des circuits transnationaux d'aide à la procréation (Couture, Drouin, Moutquin et Bouffard, 2014). Comme le relève la Commission de l'éthique de la science et de la technologie du Québec (2009, p. 84), la reproduction assistée transnationale n'est pas sans soulever plusieurs préoccupations d'ordre éthique :

La reproduction outre-frontière dérange pour plusieurs raisons : elle n'est envisageable que pour ceux et celles qui en ont les moyens financiers, tout contrôle de la qualité ou de la sécurité des services offerts à l'étranger est impossible – ce qui peut poser des risques pour les mères et les enfants –, elle implique et augmente le risque d'exploitation des femmes résidant dans des pays émergents par des ressortissants étrangers mieux nantis. En outre, comme les interdictions légales sont généralement le reflet de consensus sociaux, il est gênant que des gens contournent les lois d'un pays pour aller là où les lois sont plus laxistes.

La sociologue Kristin Lozanski (2015) abonde dans le même sens, et souligne la contraction entre les politiques canadiennes actuelles en matière de procréation assistée et l'absence de régulation commune et cohérente à l'échelle mondiale. D'un côté, la rémunération des femmes et la présence d'intermédiaires privés sont illégales au Canada, seuls le remboursement des dépenses et l'offre altruiste étant autorisés par la loi fédérale. De l'autre, le recours aux services de cliniques étrangères demeure une avenue alternative viable pour les citoyens canadiens souhaitant contourner les règles instaurées dans leur pays d'origine,

lesquelles sont souvent perçues comme des embûches dans leur volonté de fonder une famille (Deckha, 2018).

Par ailleurs, le Canada s'impose à l'échelle internationale comme destination de prédilection pour la GPA (Busby et White, 2018), étant donné les coûts moindres qu'aux États-Unis, la qualité et l'universalité de notre système de santé et l'encadrement législatif de certaines provinces qui facilite la reconnaissance de la filiation de parents d'intention non résidents. Cela n'est pas sans soulever différents enjeux économiques et d'équité fiscale, en plus de questionner le rôle et la légitimité des agences privées dans l'orchestration de ces ententes transnationales, particulièrement en cas de dissolution de l'entente de GPA pendant la grossesse ou après la naissance de l'enfant. Des recherches empiriques seraient nécessaires pour documenter cette circulation des personnes entre les frontières, notamment sur le plan de leurs trajectoires familiales et la mise en pratique de l'enfantement. Enfin, les rôles des intermédiaires (agences, cliniques et cabinets d'avocats) qui régulent actuellement les pratiques devraient être mieux compris et documentés par des recherches ethnographiques institutionnelles (Smith, 2006).

D'autres pistes restent néanmoins à explorer, lesquelles peuvent nous être révélées par les femmes elles-mêmes, de même que par leur partenaire et leurs enfants. Somme toute, l'aménagement des liens relationnels, où se lient et délient l'intention, la génétique et la gestation, est un exercice que les technologies de la reproduction nous forcent à faire et à refaire en renouvelant nos conceptions contemporaines de la maternité. La présente thèse participe à cet effort collectif visant à mieux comprendre les dynamiques sociales liées aux maternités assistées et, ultimement, à tisser des solidarités entre elles.

Bibliographie

Abric, J.-C. (Éd.). (2011). *Pratiques sociales et représentations* [4^e éd.]. Paris, France : Presses universitaires de France.

Agacinski, S. (2009). *Corps en miettes*. Paris, France : Flammarion.

Almeling, R. (2011). *Sex Cells: The Medical Market for Eggs and Sperm*. Berkeley, CA: University of California Press.

Almeling, R. (2014). Defining connections. Gender and perceptions of relatedness in egg and sperm donation. Dans T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj, & M. Richards (Éds.). *Relatedness in Assisted Reproduction. Families, Origins and Identities* (p. 147-161). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Almeling, R. (2015). Reproduction. *Annual Review of Sociology*, 41, 423-442.

Almeling, R., & Willey, I. L. (2017). Same medicine, different reasons: Comparing women's bodily experiences of producing eggs for pregnancy or for profit. *Social Science & Medicine*, 188, 21-29.

Amsteus, M. N. (2014). The Validity of Divergent Grounded Theory Method. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 71-87.

Anadón, M. (2013). La recherche sociale et l'engagement du chercheur qualitatif : défis du présent. *Recherches qualitatives*, 14, 5-14.

Anadón, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives*, 5, 26-37.

Andersen, J. A. (2017). *Not Infertile, Can't Have Children: Non- Reproductive Health Barriers to a Wanted Child*. Mémoire de maîtrise inédit. University of Nebraska, United States of America.

Armund, G., Lampic, C., Skoog-Svanberg, A., Wanggren, K., & Sydsjo, G. (2017). Survey shows that Swedish healthcare professionals have a positive attitude towards surrogacy but the health of the child is a concern. *Acta Paediatrica*, 107(1), 101-109.

Ashenden, S. (2013). Reproblematising relations of agency and coercion: surrogacy. Dans S. Madhock, A. Phillips, K. Wilson, C. Hemmings (Éds.). *Gender, Agency and Coercion* (p. 195-218). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Badinter, É. (1980). *L'Amour en plus. Histoire de l'amour maternel*. Paris, France : Flammarion.

Badinter, É. (2010). *Le conflit : la femme et la mère*. Paris, France : Flammarion.

- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, QC : les éditions du remue-ménage.
- Bajos N., & Ferrand M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 1(6), 91-117.
- Baker, M., & Lacharité, C. (2012). Les positions et pratiques professionnelles de la culture de la naissance. Dans F. deMontigny, A. Devault & C. Gervais (Éds.). *La naissance de la famille. Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (p. 218-233). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Balmer, A., & Hébert, J. (2009). Les médiations en question. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 20-30.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, 2, 98-114.
- Baslington, H. (2002). The Social Organization of Surrogacy: Relinquishing a Baby and the Role of Payment in the Psychological Detachment Process. *Journal of Health Psychology*, 7(1), 57-71.
- Bastard, B. (2013). Désirable et exigeante. La régulation négociée des relations dans le couple et la famille. *Dialogue*, 200, 109-119.
- Baude, A., Drapeau, S., & Robitaille, C. (2018). La participation de l'enfant dans le processus de médiation familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(61), 39-54.
- Bayard, C. (2012). Les représentations sociales de l'allaitement maternel : points de vue de femmes québécoises rencontrées durant leur grossesse. Dans S. Lapierre & D. Damant (Éds.). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (p. 47-71). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Baylis, F. (2013). The ethics of creating children with three genetic parents. *Reproductive BioMedicine Online*, 26(6), 531-534.
- Baylis, F., & Downie, J. (2013). The Tale of Assisted Human Reproduction Canada: A Tragedy in Five Acts. *Canadian Journal of Women and the Law*, 25(2), 183-201.
- Baylis, F., Downie, J., & Snow, D. (2014). Fake it Till You Make it: Policymaking and Assisted Human Reproduction in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(6), 510-512.
- Beaujot, R. (2004). *Retardement des transitions de vie : tendances et conséquences*. Ottawa, ON : Institut Vanier de la famille.
- Beauvoir, S. de (1949). *Le Deuxième sexe*. Paris, France : Gallimard.

- Becker, G. (2000). *The Elusive Embryo: How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley et Los Angeles, CA: University of California Press.
- Becker, G. & Nachtigall, R. D. (1992). Eager for medicalization: the social production of infertility as a disease. *Sociology of Health and Illness*, 14(4), 456-471.
- Belaisch-Allart, J. (2010). L'AMP ne compense pas l'effet néfaste de l'âge : techniques médicales d'assistance à la procréation proposées avec l'âge (dont le don d'ovocyte). *La revue du praticien*, 60, 819-823.
- Bell, A. V. (2009). It's Way Out of My League: Low-Income Women's Experiences of Medicalized Infertility. *Gender & Society*, 23(5), 688-709.
- Belleau, H. (2004). Être parent aujourd'hui : la construction du lien de filiation dans l'univers symbolique de la parenté. *Enfances Familles Générations*, 1, 16-25.
- Belleau, H. (2015). D'un mythe à l'autre : de l'ignorance des lois à la présomption du choix éclairé chez les conjoints en union libre. *Revue Femmes et droit*, 27(1), 1-21.
- Belleau, H., & Cornut St-Pierre, P. (2012). Pour que droit et familles fassent bon ménage : étude sur la conscience du droit en matière conjugale. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 62-89.
- Belleau, M.-F. (2016). La médiation familiale au Québec : une approche volontaire, globale, interdisciplinaire et accessible. Dans P.-C. Lafond (Éd.). *Régler autrement les différends* [2^e éd.] (p. 205-228). Montréal, QC : LexisNexis Canada.
- Berend, Z. (2010). Surrogate losses: Understandings of pregnancy loss and assisted reproduction among surrogate mothers. *Medical Anthropology Quarterly*, 24(2), 240-262.
- Berend, Z. (2012). The romance of surrogacy. *Sociological Forum*, 27(4), 913-936.
- Berend, Z. (2016a). *The Online World of Surrogacy*, New York, NY: Berghahn Books.
- Berend, Z. (2016b). The Emotion Work of a Labor of Love. An Ethnographic Account of Surrogacy Arrangements in the United States. Dans. E. Scott Sills (Éd.). *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues* (p. 62-69). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Berger, P., & Luckman, T. (2006/1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris, France : Armand Colin.
- Bergman, K., Rubio, R. J., Green, R.-J., & Padrón, E. (2010). Gay men who become fathers via surrogacy: The transition to parenthood. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(2), 111-141.
- Berkhout, S. G. (2008). Buns in the Oven: Objectification, Surrogacy, and the Women's Autonomy. *Social Theory and Practice*, 34(1), 95-117.
- Bermingham, S. (2011). *Vivre avec l'infertilité*. Montréal, QC : Bayard Canada.

Bestard, J. (2004). Kinship and the new genetics. The changing meaning of biogenetic substance. *Social Anthropology*, 12(3), 253-263.

Bestard, J., & Orobitch, G. (2009). Le paradoxe du don anonyme. Signification des dons d'ovules dans les procréations médicalement assistées. Dans E. Poqueres i Gené (Éd.). *Défis contemporains de la parenté* (p. 277-301). Paris, France : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Birks, M., & Mills, J. (2011). *Grounded theory: a practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Blake, L., Carone, N., Raffanella, E., Slutsky, J., Ehrhardt, A. A., & Golombok, S. (2017). Gay fathers' motivations for and feelings about surrogacy as a path to parenthood. *Human Reproduction*, 32(4), 860-867.

Blake, L., Carone, N., Slutsky, J., Raffanella, E., Ehrhardt, A. A., & Golombok, S. (2016). Gay father surrogacy families: relationships with surrogates and egg donors and parental disclosure of children's origins. *Fertility and Sterility*, 106(6), 1503-1509.

Blake, L., Zadeh, S., Statham, H., & Freeman, T. (2014). Families created by assisted reproduction. Children's perspectives. Dans T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj, & M. Richards (Éds.). *Relatedness in Assisted Reproduction. Families, Origins and Identities* (p. 251-269). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley, CA: University of California Press.

Blyth, E. (1994). I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something interesting with my life: Interviews with surrogate mothers in Britain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(3), 189-198.

Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bohme, H. (2017). New paradigms of parenthood: researching practice in a fertility clinic incarnating new forms of family. *Journal of Family Therapy*, 39(3), 402-414.

Boltanski, L. (2004). *La condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris, France : Gallimard.

Bonafé-Schmitt, J.-P. (2017). Les enjeux de la formation à la médiation. *Négociations*, 2(28), 201-219.

Bosa, B. (2008). À l'épreuve des comités éthiques. Des codes aux pratiques. Dans A. Bensa & D. Fassin (Éds.). *Les politiques de l'enquête* (p. 205-225). Paris, France : La Découverte.

- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12-23.
- Bracewell-Milnes, T., Saso, S., Bora, S., Ismail, A. M., Al-Memar, M., Hamed, A. H., Abdalla, H., & Thum, M.-Y. (2016). Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients and egg sharers: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4), 450-465.
- Bradette, J. (2001). La maternité célibataire au Québec : de la divergence à l'intégration. Mémoire de maîtrise inédit. Québec, Université Laval.
- Brakman, S.-V., & Scholz, S. J. (2006). Adoption, ART, and Re-Conception of the Maternal Body: Toward Embodied Maternity. *Hypatia*, 21(1), 54-73.
- Bratcher Goodwin, M. (Éd.) (2010). *Baby Markets. Money and the New Politics of Creating Families*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Braverman, A. M., & Frith, L. (2014). Relatedness in clinical practice. Dans T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj, & M. Richards (Éds.). *Relatedness in Assisted Reproduction. Families, Origins and Identities* (p. 129-143). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Breckenridge, J. P., Jones, D., Elliott, I., & Nicol, M. (2012). Choosing a Methodological Path: Reflections on the Constructivist Turn. *The Grounded Theory Review*, 11(1), 64-71.
- Bretherick, K. L., Fairbrother, N., Avila, L., Harbord, S. H. A., & Robinson, W. P. (2010). Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertility and Sterility*, 93(7), 2162-2168.
- Brinsden, P. R. (2016). Surrogacy's Past, Present, and Future. Dans E. Scott Sills (Éd.). *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues* (p. 1-8). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Britt, F. (2013). *Les tranchées : maternité, ambiguïtés et féminisme, en fragments*. Montréal, QC : Ateliers 10.
- Brochet, M.-S., David, F., Marino, C., & Dahdouh, E. (2013). Mise à jour sur les traitements de l'infertilité féminine. *Québec Pharmacie*, 60(6), 51-55.
- Browne, K. (2005). Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 47-60.
- Brunet, L., Carruthers, J., Davaki, K., King, D., Marzo, C., & McCandless, J. (2013). *A Comparative Study on the Regime of Surrogacy in EU Members States*. European Parliament. Directorate general for the Internal Policies, Policy Department C, Legal Affairs.

- Brunet, L., Courduriès, J., Giroux, M., & Gross, M. (2017). *Le recours transnational à la reproduction assistée avec don. Perspective franco-québécoise et comparaison internationale*. Rapport de recherche. Paris, France : Mission de recherche Droit et Justice.
- Bryant, A. (2009). Grounded Theory and Pragmatism: The Curious Case of Anselm Strauss. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(3), [en ligne] <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1358>
- Buckley, C. A., & Waring, M. J. (2013). Using diagrams to support the research process: examples from grounded theory. *Qualitative Research*, 13(2), 148-172.
- Bühler, N. (2014). Ovules vieillissants, mères sans âge? Infertilité féminine et recours au don d'ovocytes en Suisse. *Enfances Familles Générations*, 21, 24-47.
- Bureau, M.-F., & Guilhermont, É. (2011). Maternité, gestation et liberté : réflexions sur la prohibition de la gestion pour autrui en droit québécois. *Revue de droit et santé de McGill*, 4(2), 45-76.
- Burrell, C. & Edozien, L. C. (2014). Surrogacy in modern obstetric practice. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19, 272-278.
- Busby, K. (2013). Of Surrogate Mother Born: Parentage Determinations in Canada and Elsewhere. *Canadian Journal of Women and the Law*, 25(2), 284-314.
- Busby, K., & Vun, D. (2010). Revisiting the Handmaid's Tale: Feminist Theory Meets Empirical Research on Surrogate Mothers. *Canadian Journal of Family Law*, 26(1), 13-93.
- Busby, K., & Vun, D. (2010). Revisiting the Handmaid's Tale: Feminist Theory Meets Empirical Research on Surrogate Mothers. *Canadian Journal of Family Law*, 26(1), 13-93.
- Busby, K., & White, P. M. (2018). Desperately Seeking Surrogates. Thoughts on Canada's emergence as an international surrogacy destination. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 213- 243). Toronto, ON: Irwin Law.
- Busknik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., & Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, 27(3), 738-746.
- Cadoret, A. (2001). Maternité et homosexualité. Dans Y. Knibiehler (Éd.). *Maternité, affaire privée, affaire publique* (p. 77-91). Paris, France : Bayard.
- Cadoret, A. (2010). Peut-on rapprocher la gestation pour autrui de l'adoption? De la maternité éclatée à la maternité plurielle. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 41(2), 5-23.
- Cailleau, F. (2005). Le désir d'enfant à l'épreuve du deuil. *Cahiers de psychologie clinique*, 24(1), 129-147.

- Cailleau, F. (2013). Penser la gestation pour autrui à l'aide d'un nouveau modèle théorique. *Thérapie familiale*, 34(1), 149-164.
- Cailleau, F. (2016). *Gestation pour autrui : d'une matrice à l'autre. Dialogique de la filiation et de la parentalité dans la gestation pour autrui*. Saarbrücken, Allemagne : Éditions universitaires européennes.
- Campbell, A. (2013). *Sister Wives, Surrogates and Sex Workers: Outlaws by Choice?* Farnham, UK: Ashgate.
- Campbell, P. (2011). Boundaries and Risk: Media Framing of Assisted Reproductive Technologies and Older Mothers. *Social Science and Medicine*, 72(2), 265-272.
- Canto-Sperber, M., & Frydman, R. (2009). *Naissance et liberté. La procréation, quelles limites?* Paris, France : Plon.
- Cardi, C. & Quagliariello, C. (2016). Corps maternel. Dans J. Rennes (Éd.). *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux* (p. 170-182). Paris, France : La Découverte.
- Carone, N., Baiocco, R., Manzi, D., Antonucci, C., Caricato, V., Pagliarulo, E., & Lingardi, V. (2018). Surrogacy families headed by gay men: relationships with surrogates and egg donors, fathers' decisions over disclosure and children's views on their surrogacy origins. *Human Reproduction*, 33(2), 248-257.
- Carone, N., Lingardi, V., Chirumbolo, A., & Baiocco, R. (2018). Italian Gay Father Families Formed by Surrogacy: Parenting, Stigmatization, and Children's Psychological Adjustment. *Developmental Psychology*, 54(10), 1904-1916.
- Carsley, S. (2018). Reconciling Quebec's laws on surrogate motherhood. *La revue du Barreau canadien*, 96(1), 121-158.
- CARTR Plus | Canadian Assisted Reproductive Technologie Register Plus (2018). *Preliminary treatment cycle data for 2017*. Communication. 64^e rencontre annuelle, Société canadienne de fertilité et d'andrologie, 13-15 septembre 2018.
- Cattapan, A. (2013). Rhetoric and Reality: Protecting Women in Canadian Public Policy on Assisted Human Reproduction. *Canadian Journal of Women and the Law*, 25(2), 202-220.
- Cattapan, A. (2014). Risky Business: Surrogacy, Egg donation, and the Politics of Exploitation. *Canadian Journal of Law and Society*, 29(3), 361-379.
- Cattapan, A., Gruben, V. & Cameron, A. (2018). Introduction. Regulatory Past and Futures. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 1- 28). Toronto, ON: Irwin Law.

Centre universitaire de santé McGill (2017). *Guide d'information à l'intention des donneuses d'ovules potentielles. Des réponses à vos questions*. Montréal, QC : Centre de la reproduction.

Chamberlain-Salaun, J., Mills, J., & Usher, K. (2013). Linking Symbolic Interactionism and Grounded Theory Methods in a Research Design: From Corbin and Strauss' Assumptions to Action. *SAGE Open*, 3(3), 1-10.

Chapoulie, J.-M. (2000). Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions et la sociologie. *Sociétés contemporaines*, 40, 5-27.

Charmaz, K. (2000). Grounded theory: objectivist and constructivist methods. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds.). *Handbook of qualitative research* [2e éd.] (p. 509-535). Thousand Oaks, CA: Sage.

Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds.). *The Sage handbook of qualitative research* [3e éd.] (p. 507-535). Thousand Oaks, CA: Sage.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds. Constructivist grounded theory methods. Dans J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. Clarke (Éds.), *Developing grounded theory: the second generation* (9.127-154). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Charmaz, K. (2012). The Power and Potential of Grounded Theory. *Medical Sociology Online*, 6(3), 2-15.

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* [2nd Ed.]. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2012). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. Dans J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Éds.). *The Sage handbook of interview research: the complexity of the craft* (p. 347-367). Thousand Oaks, CA: Sage.

Charmillot, M., & Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives*, 3, 126-139.

Charton, L. (2005). Diversité des parcours familiaux et rapport au temps. *Lien social et Politiques*, 54, 65-73.

Châteauneuf, D. (2011a). Projet familial, infertilité et désir d'enfant : usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois. *Enfances Familles Générations*, 15, 61-77.

Châteauneuf, D. (2011b). *Désir d'enfant, procréation médicalement assistée et adoption : réflexion sur la définition des liens de parenté*. Thèse de doctorat inédite. Montréal, Université de Montréal.

Châteauneuf, D. (2012). La transformation des configurations familiales : une réflexion à partir de l'exemple du passage entre la procréation assistée et l'adoption. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), 102-119.

Chbat, M. (2017). *Récits en mosaïque : analyse intersectionnelle des discours identitaires de femmes qui exercent de la violence*. Thèse de doctorat inédite. Montréal, Université de Montréal.

Cheney, K. E. (2018). Baby Markets and Global Inequalities: Conundrums of Commodification, Care and Social Reproduction in International Commercial Surrogacy. *Development and Change*, 49(4), 1127-1139.

Chouinard, I., Couturier, Y., & Lenoir, Y. (2009). Pratique de médiation ou pratique médiatrice? La médiation comme cadre d'analyse de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 31-45.

Ciccarelli, J. C., & Beckman, L. J. (2005). Navigating Rough Waters: An Overview of Psychological Aspects of Surrogacy. *Journal of Social Issues*, 61(1), 21-43.

Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis. Grounded theory after the postmodern turn*. London, UK : Sage

Clinique Ovo (2017). *Gestation pour autrui, mère porteuse. Guide d'information*. Montréal : Équipe de coordination de la gestation pour autrui.

Colen, S. (1995). Like a mother to them: stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. Dans F. Ginsburg & R. Rapp (Éds.). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (p. 78-102). Berkeley, CA: University of California Press.

Collard, C., & Zonabend, F. (2013). Parenté sans sexualité : le paradigme occidental en question. *L'Homme*, no 206, 29-56.

Collège des médecins du Québec (2015). *Les activités de procréation médicalement assistée : démarche clinique et thérapeutique. Guide d'exercice*. Montréal : Collèges des médecins.

Comité consultatif sur le droit de la famille, sous la présidence d'Alain Roy (2015). *Pour un droit de la famille adapté aux nouvelles réalités conjugales et familiales*. Québec, QC : ministère de la Justice.

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec*. Québec, QC : gouvernement du Québec.

Commission de l'éthique de la science et de la technologie (2009). *Éthique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire*. Québec, QC : gouvernement du Québec.

Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, sous la présidence de P. Baird (1993). *Un virage à prendre en douceur*. Ottawa : gouvernement du Canada.

Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada (2014). *Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*, décembre 2014.

Conseil du statut de la femme (2016). *Mères porteuses : réflexions sur des enjeux actuels*. Avis. Québec, QC : gouvernement du Québec.

Cooperman, J. (2018). International Mother of Mystery: Protecting Surrogate Mothers' Participation in International Commercial Surrogacy Contracts. *Golden Gate University Law Review*, 48(2), 161-184.

Corbin Dwyer, S., & Buckle, J. L., (2009). The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 54-63.

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* [4^e éd.]. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Côté, I. (2009). La lesboparenté : subversion ou reproduction des normes? *Recherches féministes*, 22(2), 25-37.

Côté, I. (2014). Du père au géniteur en passant par le tiers intéressé : représentations du rôle joué par le donneur connu dans les familles lesboparentales. *Enfances, Familles, Générations*, no 21, 70-95.

Côté, I., & Lavoie, K. (2018). *À l'écoute des adultes et des enfants concernés : pour une réforme pragmatique du droit de la famille*. Mémoire déposé à la Commission citoyenne pour la réforme du droit de la famille, 23 mai 2018.

Côté, I., & Sallafranque Saint-Louis, F. (2018). La gestation pour autrui comme technique de procréation relationnellement assistée. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.), *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 51-68). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Côté, I., & Sauvé, J.-S. (2016). Pères gais et gestation pour autrui : no man's land? *Revue générale de droit*, 46(1), 27-69.

Côté, I., Lavoie, K., & Courduriès, J. (2018). Penser la gestation pour autrui à partir des expériences vécues : ancrage empirique et multidisciplinaire. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 1-19). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Courduriès, J. & C. Herbrand (2014). Genre, parenté et techniques de reproduction assistée : bilan et perspective après trente ans de recherches. *Enfances Familles Générations*, 21, i-xxvii.

Courduriès, J. (2016). Ce que fabrique la gestation pour autrui. *Journal des anthropologues*, 144, 53-67.

Courduriès, J. (2017). La lignée et la nation : État civil, nationalité et gestation pour autrui. *Genèses*, 108(3), 29-47.

Courduriès, J. (2018a). At the nation's doorstep: the fate of children in France born via surrogacy. *Reproduction Biomedicine & Society Online*, 7, 47-54.

Courduriès, J. (2018b). La gestation pour autrui. Faire naître des mères et des pères. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 123-141). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Couture, V. (2018). *Les vases communicants : une ethnographie des services reproductifs transfrontaliers au Canada*. Thèse de doctorat inédite. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.

Couture, V., Drouin, S.-L., Moutquin, J.-M., & Bouffard, C. (2014). Cross-border reprogenetic services: a narrative overview and thematic analysis of the literature. *Clinical Journal of Genetics, Molecular and Personalized Medicine*, 87(1), 1-10.

Crockin, S. L. (2013). Growing families in a shrinking world: legal and ethical challenges in cross-border surrogacy. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(6), 733-741.

Curtis, A. (2010). Giving 'Til It Hurts: Eggs Donation and the Costs of Altruism. *Feminist Formations*, 22(2), 80-100.

Dalzell, J. (2018). The Enforcement of Selective Reduction Clauses in Surrogacy Contracts. *Widener Commonwealth Law Review*, 27, 83-123.

Damant, D., Chartré, M.-È., & Lapierre, S. (2012). L'institution de la maternité. Dans S. Lapierre & D. Damant (Éds.). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (p. 5-18). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Daniluk, J. C., & Koert, E. (2012). Childless Canadian men's and women's childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction. *Human Reproduction*, 27(8), 2405-2412.

Daoust-Boisvert, A. (2013). Le débat sur les mères porteuses ressurgit. Un vide juridique est dénoncé lors des consultations publiques sur la procréation assistée, *Le Devoir*, 6 août 2013.

Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskovtsev, S. I., Sojecki, A., & Librach, C. L. (2015). Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issue: experience from a large surrogacy program. *Human Reproduction*, 30(2), 345-352.

Daudelin, G. (2002). Entre le ventre et la tête : les déplacements du sens de la procréation dans l'espace des nouvelles techniques de reproduction. Dans F. Descarries & C. Corbeil (Éds.), *Espaces et temps de la maternité* (p. 359-380). Montréal, QC : Éditions du remue-ménage.

Dayer, C. (2013). Élaborer sa posture à travers la thèse. Dans M. Hunsmann & S. Kapp (Éds.), *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales* (p. 87-103). Paris, France : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

De Koninck, M. (2015). Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin. *Recherches féministes*, 28(1), 79-96.

De Koninck, M. (2018). Afterword : Legitimizing Surrogacy – A Social Setback. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.), *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 273-282). Toronto, ON: Irwin Law.

Déchaux, J.-H. (2014). Les défis des nouvelles techniques de reproduction : comment la parenté entre en politique. Dans B. Feuillet-Liger & M.-C. Cespo-Brauner (Éds.), *Les incidences de la biomédecine sur la parenté. Approche internationale* (p. 313-335). Bruxelles, Belgique : Éditions Bruylant.

Déchaux, J.-H. (2017). Parenté et démocratie : quelle régulation publique? *Revue des politiques sociales et familiales*, 124, 13-21.

Deckha, M. (2018). Situating Canada's Commercial Surrogacy Ban in a Transnational Context: A Postcolonial Feminist Call for Legalization and Public Funding. *McGill Law Journal*, 61(1), 31-86.

Deech, R., & Smajdor, A. (2007). *From IVF to Immortality: Controversy in the Era of Reproductive Technology*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Del Savio, L., & Cavaliere, G. (2016). The problem with commercial surrogacy. A reflection on reproduction, markets and labour. *BioLaw Journal/Rivista di BioDiritto*, 2, 73-91.

Delaisi de Parseval G., & Collard, C. (2007). La gestation pour autrui, un bricolage des représentations de la paternité et de la maternité euroaméricaine. *L'Homme*, 183(3), 29-53.

Delvigne, A. (2013). La maternité, autrement : point de vue du gynécologue. Dans C. Rommelaere & L. Ravez (Éds.), *La maternité autrement* (p. 49-72). Namur, Belgique : Presses universitaires de Namur.

- deMontigny, F. & Lacharité, C. (2012). Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants. *Enfances, Familles, Générations*, 16, 53-73.
- deMontigny, F., Gervais, C., & Tremblay, J. (2015). L'expérience de pères québécois de la naissance de leur enfant. *Recherches familiales*, 12, 125-136.
- deMontigny, F., Girard, M.-È., Lacharité, C., Dubeau, D., & Devault, A. (2013). Psychological factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 44-49.
- Dempsey, D. (2013). Surrogacy, gay male couples and the significance of biogenetic paternity. *New Genetics and Society*, 32(1), 37-53.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* [5^e éd.]. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deomampo, D. (2013). Transnational Surrogacy in India: Interrogating Power and Women's Agency. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, 34(3), 167-188.
- Descarries, F. & Corbeil, C. (2002). La maternité au cœur des débats féministes. Dans F. Descarries & C. Corbeil (Éds.). *Espaces et temps de la maternité* (p. 23-50). Montréal, Canada : Éditions du remue-ménage.
- Descarries, F. (2005). Le mouvement des femmes québécois : état des lieux. *Cités*, 3(23), 143-154.
- Descarries, F., & Corbeil, C. (1991). Penser la maternité : les courants d'idées au sein du mouvement contemporain des femmes. *Recherches sociographiques*, 32(3), 347-366.
- Descoutures, V. (2006). De l'usage commun de la notion de parentalité. Dans A. Cadoret, M. Gross, C. Mécarry & B. Perreau (Éds.). *Homoparentalités : approches scientifiques et politiques* (p. 211-222). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Desrosiers, A. A., Lalande, D., de Montigny, F., Zeghiche, S., & Polita, B. N. (2018). *L'expérience émotionnelle des couples infertiles : une méta-synthèse qualitative*. Affiche. Congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie. Québec, 23-25 mars 2018.
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory: guidelines for qualitative inquiry*. San Diego, CA: Academic Press.
- Dhavernas Lévy, M.-J. (2001). Biomédecine : la nouvelle donne. Dans Y. Knibiehler (Éd.). *Maternité, affaire privée, affaire publique* (p. 93-108). Paris, France : Bayard.
- Dickenson, D. L. (2013). The Commercialization of Human Eggs in Mitochondrial Replacement Research. *The New Bioethics: A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body*, 19(1), 18-29.

- Dijon, X. (2013). Chronique d'une avalanche annoncée : les présupposés philosophiques de la gestation pour autrui. Dans G. Schamps & J. Sosson (Éds.), *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?* (p. 61-108). Bruxelles, Belgique : Éditions Bruylant.
- Dillaway, H. E. (2008). Mothers for others: A race, class and gender analysis of surrogacy, *International Journal of sociology of the family*, 34(2), 301-326.
- Dolto, C. (2014). Réflexions sur la gestation pour autrui. *Le Débat*, 3(180), 147-153.
- Donath, O. (2015). Regretting Motherhood: A Sociopolitical Analysis. *Signs Journal of Women in Culture and Society*, 40(2), 343-367.
- Dos Reis, E., Ruffieux, G., Terel, J., & Williems, G. (2013). La maternité de substitution. Dans H. Fulchiron & J. Sosson (Éds.), *Parenté, Filiation, Origines. Le droit et l'engendrement à plusieurs* (p. 169-220). Bruxelles, Belgique : Bruylant.
- Dunne, C. (2011). The place of the literature review in grounded theory research. *International Journal of Research Methodology*, 14(2), 111-124.
- Earle, S., & Letherby, G. (2003). Introducing Gender, Identity and Reproduction. Dans S. Earle & G. Letherby (Éds.), *Gender, Identity & Reproduction: Social Perspectives* (p. 1-11). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Edelmann, R. J. (2004). Surrogacy: the psychological issues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(2), 123-136.
- Edwards, J. (2014). Undoing kinship. Dans T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj, & M. Richards (Éds.), *Relatedness in Assisted Reproduction. Families, Origins and Identities* (p. 44-60). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ekman, K. E. (2013). *Being and Being Bought: Prostitution, Surrogacy and the Split Self*. North Melbourne, Australie: Spinifex Press.
- Engeli, I. (2010). *Les politiques de la reproduction : les politiques d'avortement et de procréation médicalement assistée en France et en Suisse*. Paris, France : L'Harmattan.
- Englert, Y., Emiliani, S., Revelard, P., Devreker, F., Laruelle, C., & Delbaere, A. (2004). Sperm and Oocyte Donation: Gamete Donor Issues. *International Congress Series, 1266*, 303-310.
- Epstein, R. (2014). The Relationship That Has No Name: Known Sperm Donors, the Canadian Semen Regulations, and LGBTQ People. Dans M. F. Gibson (Éd.), *Queering Motherhood: Narratives and Theoretical Perspectives* (p. 27-46). Toronto, ON: Demeter Press.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2017). Using family members as gamete donors or gestational carriers. *Fertility & Sterility*, 107(5), 1136-1142.
- Fabre-Magnan, M. (2013). *La gestation pour autrui. Fictions et réalité*. Paris, France : Fayard.

Fantus, S. (2017). *The Path to Parenthood isn't Always Straight: A Qualitative Exploration of the Experiences of Gestational Surrogacy for Gay Men in Canada – Perspectives of Gay Fathers and Surrogates*. Thèse de doctorat inédite. Toronto, University of Toronto.

Fassin, É. (2002). La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction. *Journal des anthropologues*, 88-89, 103-122.

Fine, A. (2001). Maternité et identité féminine. Dans Y. Knibiehler (Éd.). *Maternité, affaire privée, affaire publique* (p. 61-76). Paris, France : Bayard.

Fisher, A. M. (2011). *A Narrative Inquiry: How Surrogate Mothers Make Meaning of the Gestational Surrogacy Experience*. Mémoire de maîtrise inédit. Victoria, BC : University of Victoria.

Fisher, A. M. (2013). The journey of gestational surrogacy: religion, spirituality and assisted reproductive technologies. *International Journal of Children's Spirituality*, 18(3), 235-246.

Fisher, A. M., Hoskins, M. L. (2013). A good surrogate: The experience of women who are gestational surrogate in Canada. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 47(4), 500-518.

Forget, D. (2012). *Bébés illimités. La procréation assistée...et ses petits*. Montréal, QC : Québec Amérique.

Forman, E., Treff, N., & Scott, R. (2011). Fertility After Age 45: From Natural Conception to Assisted Technology and Beyond. *Maturitas*, 70(3), 216-221.

Fortier, C. (2009). Quand la ressemblance fait la parenté. Dans E. Poqueres i Gené (Éd.). *Défis contemporains de la parenté* (p. 251-276). Paris, France : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Francesch Sabaté, P. (2017). Maternidades Confrontadas. El Uso Político del Lenguaje en los Discursos sobre la Maternidad Subrogada. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 6(2), 1361-1384.

Franklin, S. (2013). *Biological relatives. IVF, Stem cells and the future of kinship*. Durham & London, UK: Duke University Press.

Friedler, S., Grin, L., Liberti, G., Saar-Ryss, B., Rabinson, Y., & Meltzer, S. (2016). The reproductive potential of patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome using gestational surrogacy: a systematic review. *Reproductive BioMedicine Online*, 32(1), 54-61.

Friese, C., Becker, G., & Nachtigall, R. (2006). Rethinking the biological clock: eleventh-hours moms, miracle moms and meanings of age-related infertility. *Social Science and Medicine*, 63(6), 1550-1560.

- Friese, C., Becker, G., & Nachtigall, R. (2008). Older motherhood and the changing life course in the era of assisted reproductive technologies. *Journal of Aging Studies*, 22(1), 65-73.
- Frydman, R., & Lyon-Caen, O., (Éds.) (2010). *Mères porteuses : extension du domaine de l'aliénation*. Note du groupe de réflexion. Paris, France : Terra Nova.
- G'ssell, F. (2017). La légalisation de la maternité pour autrui à l'étranger : exemples de droit comparé. *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 7, 93-111.
- Gagné, J. (2018). Technologie de reproduction et désir d'enfant : entre contrôle et maîtrise. *Cycles sociologiques*, 2(1), 1-15.
- Gagnon, R. (2017). *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec*. Thèse de doctorat inédite. Montréal, Université de Montréal.
- Gallus, N. (2013). La maternité autrement : une question de volonté. Dans C. Rommelaere & L. Ravez (Éds.). *La maternité autrement* (p. 137-162). Namur, Belgique : Presses universitaires de Namur.
- Garneau, S. (2015). Les défis de la théorisation ancrée. Échelle d'observation et échelle de contextualisation dans l'analyse de récits biographiques. *Recherches qualitatives*, 34(1), 6-28.
- Garreau, L. (2015). De l'utilisation de la circularité en MTE : vers un dépassement de la tension entre créativité et rigueur méthodologique. *Approches inductives*, 2(1), 211-242.
- Gauthier, B. (2009). La médiation pénale : une pratique québécoise. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 77-92.
- Gerrits, T., Reis, R., Braat, D. D. M., Kremer, J. A. M., & Hardon, A. P. (2013). Bioethics in practice: Addressing ethically sensitive requests in a Dutch fertility clinic. *Social Science & Medicine* (1982), 98, 330-339.
- Gervais, C., deMontigny, F., Lacharité, C., & St-Arneault, K. (2016). Where fathers fit in Quebec's perinatal health care services system and what they need. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(2), 126-136.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Gingras, F. P., & Côté, C. (2010). La sociologie de la connaissance. Dans B. Gauthier (Éd.). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* [5^e édition] (p. 19-30). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Giroux, M. (2011). Le recours controversé à l'adoption pour établir la filiation de l'enfant né d'une mère porteuse : entre ordre public contractuel et intérêt de l'enfant. *Revue du Barreau*, 70, 509-544.

- Giroux, M. (2014). *Filiation de l'enfant né d'une procréation assistée*. JurisClasseur Québec, collection « Droit civil – Personne et famille », fascicule 30. Montréal, QC : LexisNexis Canada.
- Glaser, B. G. (2012). Constructivist Grounded Theory? *The Grounded Theory Review*, 11(1), 28-38.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago, IL: Aldine.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago, IL: Aldine.
- Glennon, T. (2016). Legal regulation of family creation through gamete donation. Access, identity and parentage. Dans S. Golombok, R. Scott, J. B. Appleby, M. Richards & S. Wilkinson (Éds.). *Regulating Reproductive Donation* (p. 60-83). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Godbout, J. (2007). *Ce qui circule entre nous. Donner, recevoir, rendre*. Paris, France : Seuil.
- Godelier, M. (2010). *Aux fondements des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie*. Paris, France : Flammarion.
- Golombok, S. (2015). *Modern Families. Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Golombok, S., Blake, L., Slutsky, J., Raffanello, E., Roman, G. D., Ehrhardt, A. (2018). Parenting and the Adjustment of Children Born to Gay Fathers Through Surrogacy. *Child Development*, 89(4), 1223-1233.
- Goslinga-Roy, G. M. (2000). Body boundaries, fiction of the female self: An ethnographic perspective on power, feminism, and the reproductive technologies. *Feminist Studies*, 26(1), 113-140.
- Gosselin, J., & Gosselin, N. (2016). Women's maternal experiences in Canadian stepfamilies: An exploratory study. *Journal of Divorce and Remarriage*, 57(6), 389-410.
- Gotell, L. (2008). Rethinking Affirmative Consent in Canadian Sexual Assault Law: Neoliberal Sexual Subjects and Risky Women. *Akon Law Review*, 41(4), 865-898.
- Goubau, D. (2014). Biomédecine et droit de la filiation au Canada : entre audace et retenue. Dans B. Feuillet-Liger & M.-C. Crespo-Brauner (Éds.). *Les incidences de la biomédecine sur la parenté : approche internationale* (p. 221–239). Bruxelles, Belgique : Éditions Bruylant.
- Gouvernement de l'Ontario (2016). *All Families Are Equal Act. Parentage and Related Registrations Statute Law Amendment*. Toronto, ON: Assemblée législative.
- Gouvernement de la Colombie-Britannique (2011). *Family Law Act*. Victoria, BC: Assemblée législative.

Gouvernement du Canada (1985). *Loi sur la taxe d'accise*. Ottawa, ON: Chambre des communes.

Gouvernement du Canada (2004). *Loi sur la procréation assistée*. Ottawa, ON : ministère de la Justice.

Gouvernement du Québec (2009). *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*. Québec, QC : Assemblée nationale.

Gouvernement du Québec (2010). *Guide de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec, QC : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec (2015). *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. Québec, QC : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Grammond, S. (2010). La règle sur les clauses abusives sous l'éclairage du droit comparé. *Les Cahiers du droit*, 51(1), 83-116.

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*, 32(1), 140-162.

Gribble, K. D. (2006). Mental health attachment and breastfeeding: Implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal*, 1(5), 1-15.

Gross, D., & Fogg, L. (2001). Clinical Trials in the 21st century: The case for participant-centered research. *Research in Nursing and Health*, 24(6), 530-539.

Gross, M. (2012). *Choisir la paternité gay*. Toulouse, France : Érès.

Gross, M. (2015). L'homoparentalité et la transparentalité au prisme des sciences sociales : révolution ou pluralisation des formes de parenté? *Enfances, Familles Générations*, 23, i-xxxvii.

Gross, M. (2017). L'accès des couples de femmes à la procréation médicalement assistée : questions de filiation. *Droit et cultures*, 73(1), 111-124.

Gross, M. (2018). Pères gays et gestatrices. Des liens « quasi familiaux ». Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 69-91). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Gross, M., & Mehl, D. (2011). Homopaternités et gestation pour autrui. *Enfances Familles Générations*, 14, 95-112.

Gruben, V. (2013). Women as Patients, Not Spare Parts: Examining the Relationship between the Physician and Women Egg Providers. *Canadian Journal of Women and the Law*, 25(2), 249-283.

Gruben, V., & Cameron, A. (2014). Quebec's Constitutional Challenge to the Assisted Human Reproduction Act: Overlooking Women's Reproductive Autonomy. Dans S. Paterson, F. Scala & M. K. Sokolon (Éds.). *Fertile Ground. Exploring Reproduction in Canada* (p. 125-151). Montréal & Kingston, QC/ON: McGill-Queen's University Press.

Gruben, V., Cattapan, A., Cameron, A. (2018). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy*. Toronto, ON: Irwin Law.

Guha Niyogi, R. (2016). May You Be the Mother of a Hundred Sons: Social and Ethical Impact of Surrogacy in Ancient Indian Myths. *Bhartiya Pragna: An Interdisciplinary Journal of Indian Studies*, 1(1), 20-28.

Guichon, J., Mitchell, I., & Doig, C. (2013). Assisted Human Reproduction in Common Law Canada after the Supreme Court of Canada Reference: Moving beyond Regulation by Colleges of Physicians and Surgeons. *Canadian Journal of Women and the Law*, 25(2), 315-339.

Guilbault, D., & Sirois, M. (2017). *L'enfantement pour autrui : esclavage des temps modernes*. Montréal : Pour le droit des femmes du Québec.

Guillemard, S. (2012). Médiation, justice et droit : un mélange hétéroclite. *Les Cahiers du droit*, 53(2), 189-228.

Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 4-21.

Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2015). Les multiples voies de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Approches inductives*, 2(1), 1-11.

Gunby, J., Bissonnette, F., Librach, C., & Cowan, L. (2011). Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2007 results from the Canadian ART Register. *Fertility and Sterility*, 95(2), 542-547.

Gupta, J. A., & Richters, A. (2008). Embodied Subjects and Fragmented Objects: Women's Bodies, Assisted Reproduction Technologies and the Right to Self-Determination. *Journal of Bioethical Inquiry*, 5(4), 239-249.

Gurmankin, A. D., Caplan, A. L., & Braverman, A. M. (2005). Screening practices and beliefs of assisted reproductive technology programs. *Fertility and Sterility*, 83(1), 61-67.

Gurunath, S. Pandian, Z., Anderson, R. A., Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility: a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575-588.

Habbema, J. D. F., Collins, J., Leridon, H., Evers, J. L. H., Lunenfeld, B., & teVelde, E.R. (2004). Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal. *Fertility and Sterility*, 82(1), 36-40.

- Hammons, S. A. (2008). Assisted Reproductive Technologies: Changing Conceptions of Motherhood? *Affilia, Journal of Women and Social Work*, 23(3), 270-280.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
- Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 141-150.
- Héritier, F. (1985). La cuisse de Jupiter. *L'Homme*, 25(94), 5-22.
- Higginbottom, G., & Lauridsen, E. I. (2014). The roots and development of constructivist grounded theory. *Nurse Researcher*, 21(5), 8-13.
- Higginbottom, G. M., Hadziabdic, E., Yohani, S., & Paton, P. (2014). Immigrant women's experience of maternity services in Canada: a meta-ethnography. *Midwifery*, 30(5), 544-559.
- Hofmann, S., & Moreno, A. (2016). *Intimate Economies: Bodies, Emotions, and Sexualities on the Global Market*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Hohman, M. M., & Hagan, C. B. (2001). Satisfaction with surrogate mothering. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 4(1), 61-84.
- Homanen, R. (2018). Reproducing whiteness and enacting kin in the Nordic context of transnational egg donation: Matching donors with cross-border traveller recipients in Finland. *Social Science & Medicine*, 203, 28-34.
- Hood, J. C. (2007). Orthodoxy vs. power: the defining traits of grounded theory. Dans A. Bryant, & K. Charmaz (Éds.). *The Sage handbook of grounded theory* (p. 151-164). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Horincq Detournay, R. (2018). Les fonctions de la mobilisation des écrits scientifiques dans une approche inductive : analyse enracinée dans l'expérience d'une recherche doctorale. *Approches inductives*, 5(1), 145-176.
- Horner, C., & Burcher, P. A. (2018). A surrogate's secrets are(n't) safe with me: patient confidentiality in the care of a gestational surrogate. *Journal of Medical Ethics*. doi: 10.1136/medethics-2017-104518.
- Horse, K. (2016). Fraying at the Edges: UK Surrogacy Law in 2015. *Medical Law Review*, 24(4), 608-621.
- Hosteau, F. (2013). Conclusions personnelles : du non désir de chairs à la chair désirée. Dans C. Rommelaere & L. Ravez (Éds.). *La maternité autrement* (p. 163-170). Namur, Belgique : Presses universitaires de Namur.

Hostiuc, S., Iancu, C., Rentea, I., Drima, E., Aluas, M., Hangan, T. L., Badiu, D., Navolan, D., Vladareanu, S., & Nastasel, V. (2016). Ethical controversies in maternal surrogacy. *Gineco.eu*, 12(2), 99-102.

Howell, S. (2006). *The Kinning of Foreigners. Transnational Adoption in a Global Perspectives*. New York, NY: Berghahn Books.

Iacob, M. (2004). *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*. Paris, France : Fayard.

Imrie, S., & Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive BioMedicine Online*, 29(4), 424-435.

Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411-426.

Institut de la statistique du Québec (2017). *Naissances selon le rang de naissance et le groupe d'âge de la mère*. [en ligne] <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/406.htm>

Ivry, T., & Teman, E. (2017). Pregnant Metaphors and Surrogate Meanings: Bringing the Ethnography of Pregnancy and Surrogacy into Conversation in Israel and Beyond. *Medical Anthropology Quarterly*, 32(2), 254-271.

Jaccoud, M. (2009). Origines et fondements de la médiation sociale au Québec : un double ancrage. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 93-108.

Jacob, L., & Le Bihan-Youinou, B. (2008). La médiation culturelle : enjeux, dispositifs et pratiques. *Lien social et Politiques*, 60, 5-10.

Jacobson, H. (2016). *Labor of Love. Gestational Surrogacy and the Work of Making Babies*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Jacob-Wagner, S. (2018). L'état des connaissances sur les expériences des femmes qui choisissent de porter un enfant pour autrui. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.), *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 147-165). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Jacques, M.-C. (2016). *Processus d'adaptation des personnes vivant avec la schizophrénie et ayant un soutien social limité*. Thèse de doctorat inédite. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.

Jacques, M.-C., St-Cyr Tribble, D., & Bonin, J. (2015). La méthodologie de la théorisation enracinée constructiviste pour une perspective nouvelle et nécessaire de l'adaptation des personnes vivant avec la schizophrénie. *Approches inductives*, 2(1), 39-67.

Jacques, M.-C., St-Cyr Tribble, D., & Bonin, J. (2016). Théorisation ancrée constructiviste dans la recherche impliquant des personnes marginalisées : « underground theory » à haut risque? *Recherches qualitatives*, 20, 68-82.

Jacquet, M. (2017). *Stigmatisation de la maternité dans une société néolibérale. Entre représentations idéalisées et dévalorisation sociale : quel(s) choix pour les femmes?* Louvain-la-Neuve, Belgique : Centre d'éducation à la famille et à l'amour.

Jadoul, M., Gustin, M.-L., Coman, S., Autin, C. & Duret, I. (2016). Au cœur du don, la dette? Étude exploratoire autour de la motivation des mères porteuses. *Dialogue*, 213(3), 105-114.

Jadva, V., & Imrie, S. (2014a). The significance of relatedness for surrogates and their families. Dans T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj, & M. Richards (Éds.). *Relatedness in Assisted Reproduction. Families, Origins and Identities* (p. 162-177). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Jadva, V., & Imrie, S. (2014b). Children of surrogate mothers: Psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction*, 29(1), 90-96.

Jadva, V., (2016). Surrogacy: issues, concerns and complexities. Dans S. Golombok, R. Scott, J. B. Appleby, M. Richards & S. Wilkinson (Éds.). *Regulating Reproductive Donation* (p. 126-139). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Jadva, V., Imrie, S. & Golombok, S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: A longitudinal study of psychological wellbeing and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*, 30(2), 373-379.

Jadva, V., Murray, C., Lycett, E., MacCallum, F., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*, 18(10), 2196-2204.

Johnson, K. M. (2017a). Contingent maternities? Maternal claims-making in third party reproduction. *Sociology of Health and Illness*, 39(8), 1349-1364.

Johnson, K. M. (2017b). My Gametes, My Right? The Politics of Involving Donors' Partners in Egg and Sperm Donation. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(4), 621-633.

Jones, H. W., & Schnorr, J. A. (2001). Multiples pregnancies: a call for action. *Fertility and Sterility*, 75(1), 11-13.

Jouan, M. (2017). L'acceptabilité morale de la gestation pour autrui. Les enseignements de la gestation pour soi au service de plus de justice. *Travail, genre et sociétés*, 2(38), 35-52.

Kanefield, L. (1999). The reparative motive in surrogate mothers. *Adoption Quarterly*, 2(4), 5-19.

- Kashmeri, S. (2008). *Unraveling Surrogacy in Ontario, Canada. An Ethnographic Inquiry on the Influence of Canada's Assisted Human Reproduction Act, Surrogacy Contracts, Parentage Laws, and Gay Fatherhood*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal, Université Concordia.
- Katz Rothman, B. (2000). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Kaufman, J.-C. (2011). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif* [3^e édition]. Paris, France : Armand Colin.
- Kechidi, M. (2005). La théorie de la structuration : une analyse des formes et des dynamiques organisationnelles. *Relations industrielles*, 60(2), 348-369.
- Kenney, N. J., & McGowan, M. L. (2010). Looking back: egg donors' retrospective evaluations of their motivations, expectations, and experiences during their first donation cycle. *Fertility and Sterility*, 93(2), 455-466.
- Kerstetter, K. (2012). Insider, Outsider, or Somewhere in Between: The Impact of Researchers' Identities on the Community-Based Research Process. *Journal of Rural Social Sciences*, 27(2), 99-117.
- Khetarpal, A., & Singh, S. (2012). Infertility: Why can't we classify this inability as disability? *The Australasian Medical Journal*, 5(6), 334-339.
- King, L., Tulandi, T., Whitley, R., Constantinescu, T., Ells, C., Zelkowitz, P. (2014). What's the message? A content analysis of newspaper articles about assisted reproductive technology from 2005 to 2011. *Human Fertility*, 17(2), 124-132.
- Kirkman, M. (2008). Being a « real » mom: motherhood through donated eggs and embryos. *Women's Studies International Forum*, 31(4), 241-248.
- Kleinpeter, C. H., & Hohman, M. M. (2000). Surrogate motherhood: Personality traits and satisfaction with service providers. *Psychological Reports*, 87(3), 957-970.
- Klock, S. C., & Covington, S. N. (2015). Results of the Minnesota multiphasic personality inventory-2 among gestational surrogacy candidates. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130(3), 257-260.
- Knibiehler, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Knibiehler, Y. (2001). La construction sociale de la maternité. Dans Y. Knibiehler (Éd.). *Maternité, affaire privée, affaire publique* (p. 13-20). Paris, France : Bayard.
- Konrad (2006). *Nameless relations: anonymity, Melanesia and reproductive gift exchange between British ova donors and recipients*. Oxford, UK: Berghan.

- Kroløkke, C. (2017). Destination Spain. Negotiating Nationality and Fertility When Traveling for Eggs. Dans M. Lie & N. Lykke (Éds.). *Assisted Reproduction Across Borders. Feminist Perspectives on Normalizations, Disruptions and Transmissions* (p. 61-71). New York, NY: Routledge.
- Kroløkke, C., Foss, K. A., & Sandoval, J. (2010). The commodification of motherhood. Surrogacy as a Matter of Choice. Dans S. Hayden & L. O'Brien Hallstein (Éds.). *Contemplating Maternity in an Era of Choice. Explorations into Discourses of Reproduction* (p. 95-114). Plymouth, UK: Lexington Books.
- Lafontaine, C. (2014). *Le corps-marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*. Paris, France : Seuil.
- Lalancette, M., & Germain, P. (2018). « Être une bonne mère ». *Représentations de la maternité dans deux magazines canadiens sur l'art d'être parent*. Cahiers du CEIDF, vol. 6. Trois-Rivières, QC : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lamb, N., Jadvá, V., Kadam, K., & Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 33(4), 646-653.
- Lance, D. (2017). Mettre à distance la maternité : la gestation pour autrui en Ukraine et aux États-Unis. *Ethnologie française*, 167(3), 409-420.
- Langevin, L. (2008). Présentation : Entre les vertus du contrat et les illusions perdues. *Les Cahiers du droit*, 49(4), 521-525.
- Langevin, L. (2009). Liberté contractuelle et relations conjugales : font-elles bon ménage? *Nouvelles questions féministes*, 28(2), 24-35.
- Langevin (2010). Réponse jurisprudentielle à la pratique des mères porteuses au Québec : une difficile réconciliation. *Revue canadienne de droit familial*, 26(1), 171-199.
- Langevin, L. (2015). La Cour d'appel du Québec et la maternité de substitution dans la décision Adoption-1445 : quelques lumières sur les zones d'ombre et les conséquences d'une 'solution la moins insatisfaisante'. *Revue juridique Thémis de l'Université de Montréal*, 49, 451-485.
- Lapierre, S., & Côté, I. (2011). On n'est pas là pour régler le problème de la violence conjugale, on est là pour protéger l'enfant : analyse féministe des discours et des pratiques dans un centre jeunesse du Québec. *Service social*, 57(1), 31-48.
- LaRossa, R. (2005). Grounded Theory Methods and Qualitative Family Research. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), 837-857.
- Lavoie, K., & Côté, I. (2018a). Navigating in murky waters: Legal issues arising from lack of surrogacy regulation in Quebec. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 81-111). Toronto, ON : Irwin Law.

Lavoie, K. & Côté, I. (2018b). La gestation pour autrui et les réseaux socionumériques : la mise en relation et la négociation des ententes au sein d'une communauté en ligne. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 207-224). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Lavoie, K., & Côté, I. (2018c). Navigating in murky waters: Legal issues arising from lack of surrogacy regulation in Quebec. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 81-111). Toronto, ON : Irwin Law.

Lavoie, K., Côté, I. & deMontigny, F. (2018). Assisted reproduction in the digital age: stories of Canadian sperm donors offering their gametes online via introduction websites. *The Journal of Men's Studies*, 26(2), 184-202.

Le Coz, P. (2014). Qu'est-ce qu'une mère à l'âge de l'assistance médicale à la procréation? Dans B. Feuillet-Liger & M.-C. Cespo-Brauner (Éds.). *Les incidences de la biomédecine sur la parenté. Approche internationale* (p. 349-356). Bruxelles, Belgique : Éditions Bruylant.

Leckey, R. (2014). Infiniment plus de choses dans la vie que dans la Loi : la reconnaissance des mères lesbiennes. *Droit et Société*, 1(86), 115-132.

Leduc, L. (2013). Mère porteuse : le retour de la bâtardise? *La Presse*, 18 août 2013.

Lemay, V. (2011). La propension à se soucier de l'Autre : promouvoir l'interdisciplinarité comme identité savante nouvelle, complémentaire et utile. Dans D. Darbellay & T. Paulsen (Éds.). *Au miroir des disciplines. Réflexions sur les pratiques d'enseignement et de recherche inter et transdisciplinaires* (p. 25-47). Berne, Suisse : Peter Lang.

Lemoine, M.-È. (2014). *La pertinence et les enjeux éthiques d'interventions de santé publique envers l'infertilité et l'âge maternel avancé*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal, Université de Montréal.

Letherby, G. (2002). Childless and Bereft? Stereotypes and Realities in Relation to "Voluntary" and "Involuntary" Childlessness and Womanhood. *Sociological Inquiry*, 72(1), 7-20.

Lewis, S. (2017). Defending Surrogacy against What? Limits of Antisurrogacy Feminisms. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 43(1), 97-125.

Lones, M. E. (2016). A Christian Ethical Perspective on Surrogacy. *Bioethics in Faith and Practice*, 2(1), 23-33.

Löwy, I. (2006). La fabrication du naturel : l'assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée. *Tumultes*, 1(26), 35-55.

Löwy, I. (2009). L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine et politique. *Mouvements*, 3(59), 102-112.

- Löwy, I., Rozée, V., & Tain, L. (2014). Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre. *Cahier du genre*, 1(56), 5-18.
- Lozanski, K. (2015). Transnational surrogacy: Canada's contradictions. *Social Science & Medicine*, 124, 383-390.
- Luckerhoff, J., & Guillemette, F. (2011). The Conflicts between Grounded Theory Requirements and Institutional Requirements for Scientific Research. *The Qualitative Report*, 16(2), 396-414.
- Luckerhoff, J., & Guillemette, F. (2012b). Méthodologie générale de la théorisation enracinée : un projet épistémologique. Dans J. Luckerhoff & F. Guillemette (Éds.). *Méthodologie de la théorisation enracinée. Fondements, procédures et usages* (p. 1-8). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Luckerhoff, J., & Guillemette, F. (2017). Défendre la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) ou défendre les conclusions d'une démarche mobilisant la MTE? *Approches inductives*, 4(1), 1-19.
- Luckerhoff, J., & Guillemette, F., Éd. (2012a). *Méthodologie de la théorisation enracinée. Fondements, procédures et usages*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Lundin, S. (2012). I Want a Baby; Don't Stop Me from Being a Mother: An Ethnographic Study on Fertility Tourism and Egg Trade. *Cultural Politics*, 8(2), 327-344.
- Lussier, J. (2014). *L'aide à la procréation au Québec*. Montréal, QC : VLB éditeur.
- Majumdar, A. (2018). Conceptualizing Surrogacy as Work-Labour: Domestic Labour in Commercial Gestational Surrogacy in India. *Journal of South Asian Development*, 13(2), 210-227.
- Malacket, A. (2015). Maternité de substitution : quelle filiation pour l'enfant à naître? *Revue du notariat*, 117(2), 229-243.
- Malmanche, H. (2014). La maternité déployée. Du « don de gestation » au don d'enfantement. Mémoire de maîtrise inédit. Paris, France : École des hautes études en sciences sociales.
- Malmanche, H. (2018a). Blouses blanches dans la zone grise. L'exemple d'une pratique médicale de GPA. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui* (p. 251-272). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Malmanche, H. (2018b). Engendrement, enfantement, procréation : les mots pour le dire. Problèmes de vocabulaire et socio-anthropologie. *Engendrement, corps, relations (EnCoRe) : Groupe d'étude autour de l'approche relationnelle du corps et de l'engendrement* [en ligne], <https://encore.hypotheses.org/530>, consulté le 21 octobre 2018.

Markens, S. (2007). *Surrogate Motherhood and the Politics of Reproduction*. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press.

Markens, S. (2011). The global reproductive health market: U.S. media framings and public discourses about transnational surrogacy. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1745-1753.

Markens, S. (2016). Third-party reproductive practices: legislative inertia and the need for nuanced empirical data. *Journal of Law and Biosciences*, 3(3), 666-672.

Marre, D., San Román, B., & Guerra, D. (2017). On Reproductive Work in Spain: Transnational Adoption, Egg Donation, Surrogacy. *Medical Anthropology*, 37(2), 158-173.

Marshall, J. L., Godfrey, M., & Renfrew, M. J. (2007). Being a good mother: Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science and Medicine*, 65(10), 2147-2159.

Marsiglio, W., Lohan, M., & Culley, L. (2013). Framing Men's Experience in the Procreative Realm. *Journal of Family Issues*, 34(8), 1011-1036.

Martial, A. (2003). *S'apparenter : ethnologie des liens de familles recomposées*. Paris, France : Maison des sciences de l'Homme.

Martial, A. (2006). Qui sont nos parents? L'évolution du modèle généalogique. *Informations sociales*, 3(131), 52-63.

Martin, S. (2011). *Le désenfantement du monde. Utérus artificiel et effacement du corps maternel*. Montréal, QC : Liber.

Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives*, 5, 70-81.

Marway, H. (2012). La gestation pour autrui commerciale : droit et éthique. *Travail, genre et sociétés*, 2(28), 173-181.

Mason, J., & Hood, S. (2011). Exploring issues of children as actors in social research. *Children and Youth Services Review*, 33(4), 490-495.

Mason, J., & Tipper, B. (2008). How children define and create kinship. *Childhood*, 15(4), 441-461.

Mathieu, S. (2017). Quelle nature du désir? Assistance médicale à la procréation, désir d'enfant et transmission. *Anthropologie et Sociétés*, 41(2), 121-138.

Maule, L. S., & Schmid, K. (2006). Assisted Reproduction and the Courts: The Case of California. *Journal of Family Issues*, 27(4), 464-482.

Mayer, R., & Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. Dans R. Mayer, F. Ouellet,

- M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Éds.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 159-189). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Mayer, R., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (Éds.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 115-133). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- McLeod, M. (2018). Reimbursement of Expenditures and Possible Sub-delegation of the Assisted Human Reproduction Regulations. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 113-154). Toronto, ON : Irwin Law.
- Mehl, D. (2008). *Enfants du don. Procréation médicalement assistée : parents et enfants témoignent*. Paris, France : Robert Laffont.
- Mehl, D. (2011). *Les lois de l'enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011)*. Paris, France : Presses de Sciences Po.
- Melhuus, M. (2009). L'inviolabilité de la maternité. Pourquoi le don d'ovocytes n'est-il pas autorisé en Norvège? Dans E. Poqueres i Gené (Éd.). *Défis contemporains de la parenté* (p. 35-58). Paris, France : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives*, no 15, 435-452.
- Memmi, D. (2014). *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Menesson, S., & Mennesson, D. (2010). *La gestation pour autrui. L'improbable débat*. Paris, France : Michalon.
- Merchant, J. (2012). Une GPA « éthique » est possible. *Travail, genre et société*, 2(28), 183-189.
- Merchant, J. (2017). Le cadre juridique et politique gouvernant la gestation pour autrui aux États-Unis. *Ethnologie française*, 167(3), 421-424.
- Merino, F. (2010). *Adoption and surrogate pregnancy*. New York, NY: Infobase Publishing.
- Millbank, J. (2018). The role of professional facilitators in cross-border assisted reproduction. *Reproductive BioMedicine Online*, 6, 6-71.
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). Adopting a constructivist approach to grounded theory: implications for research design. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 8-13.

- Moore, B. (2013). Maternité de substitution et filiation en droit québécois. Dans Collectif d'auteurs. *Mélanges en l'honneur de Camille Jauffret-Spinosi* (p. 859-874). Paris, France : Dalloz.
- Morel-Laforce, T. (2016). *Le refus de traitement en procréation médicalement assistée au Québec*. Mémoire inédit. Montréal : Université de Montréal.
- Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives*, 1, 7-40.
- Murphy, D. A. (2013). The Desire for Parenthood: Gay Men Choosing to Become Parents Through Surrogacy. *Journal of Family Issues*, 34(8), 1104–1124.
- Nelson, E. L. (2013). *Law, Policy and Reproductive Autonomy*. Portland, OR: Hart.
- Nelson, E. L. (2016). Gestational Surrogacy in Canada. Dans E. Scott Sills (Éd.). *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues* (p. 123-130). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nelson, E. L. (2018). Surrogacy in Canada: Toward Permissive Regulation. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 185-211). Toronto, ON : Irwin Law.
- Neyrand, G. (2001). Mutations sociales et renversement des perspectives sur la parentalité. Dans D. Le Gall & Y. Bettahar (Éds.). *La pluriparentalité* (p. 21-46). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Neyrand, G. (2004). La reconfiguration contemporaine de la maternité. Dans Y. Knibiehler & G. Neyrand (Éds.). *Maternité et parentalité* (p. 21-38). Rennes, France : Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Nordqvist, P., & Smart, C. (2014). Relational lives, relational selves. Assisted reproduction and impact on grandparents. Dans T. Freeman, S. Graham, F. Ebtehaj, & M. Richards (Éds.). *Relatedness in Assisted Reproduction. Families, Origins and Identities* (p. 296-311). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Normand, A., Laforest, M., & deMontigny, F. (2009). La perception de l'identité paternelle en période périnatale selon le type de suivi prénatal. *Enfances, Familles, Générations*, 11, 25-44.
- Norton, W., Hudson, N., & Culley, L. (2013). Gay men seeking surrogacy to achieve parenthood. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 271-279.
- Nuffield Council on Bioethics (2011). *Human bodies: donation for medicine and research*. London, UK: Nuffield Council on Bioethics.
- Ollivier, M., & Tremblay, M. (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Paris, France : L'Harmattan.

- Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30(1), 39-52.
- Ouellet & St-Jacques. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Éds.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 71-90). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ouellette, F.-R., & Dandurand, R.-B. (2000). L'anthropologie des parentés euro-américaines. *Anthropologie et sociétés*, 24(3), 5-20.
- Padgett, D. K. (2016). *Qualitative methods in social work research* [3^e éd.]. Thousand Oaks, CA: Sage Edition.
- Pagé, G. (2012). *Mieux comprendre le sentiment de filiation chez les parents qui accueillent un enfant en vue de l'adopter par le biais du programme québécois Banque-mixte*. Thèse de doctorat inédite. Montréal, Université de Montréal.
- Pagé, G. (2015). Une illustration particulière de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) dans le but de comprendre le sentiment de filiation chez les parents qui accueillent un enfant en vue de l'adopter. *Approches inductives*, 2(1), 12-38.
- Pagé, G., Piché, A.-M., Ouellette, F.-R., & Poirier, M.-A. (2008). Devenir parents sans donner naissance : la construction d'un lien avec un enfant en contexte d'adoption. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau & È. Pouliot (Éds.). *Visages multiples de la parentalité* (p. 89-121). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative, une méthodologie de la proximité. Dans H. Dorvil (Éd.). *Problèmes sociaux, tome III. Théories et méthodologies de la recherche* (p. 409-443). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [4^e édition]. Paris, France : Armand Colin.
- Pande, A. (2009). "It May Be Her Eggs but It's My Blood": Surrogates and Everyday Forms of Kinship in India. *Qualitative Sociology*, 32, 379-397.
- Pande, A. (2014). *Wombs in Labor. Transnational commercial surrogacy in India*. New York, NY : Columbia University Press.
- Parks, J. A. (2016). Gestational Surrogacy and the Feminist Perspective. Dans E. Scott Sills (Éd.). *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues* (p. 25-32). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Paterson, S., Scala, F., & Sokolon, M. K. (2014). Introduction. Dans S. Paterson, F. Scala & M. K. Sokolon (Éds.). *Fertile Ground. Exploring Reproduction in Canada* (p. 3-16). Montréal & Kingston, QC/ON : McGill-Queen's University Press.

- Patrone, T. (2018). Is Paid Surrogacy a Form of Reproductive Prostitution? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(1), 109-122.
- Pélisse, J. (2005). A-t-on conscience du droit? Autour des legal consciousness studies. *Genèses*, 59, 114-130.
- Péloquin, K., & Lafontaine, M.-F. (2010). What are the correlates of infertility-related clinical anxiety? A literature review and the presentation of a conceptual model. *Marriage & Family Review*, 46(8), 580-620.
- Pennings, G., Klitzman, R., & Zegers-Hochschild, F. (2016). International regulation and cross-country comparisons. Dans S. Golombok, R. Scott, J. B. Appleby, M. Richards & S. Wilkinson (Éds.). *Regulating Reproductive Donation* (p. 39-59). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Petropanagos, A., Gruben, V., & Cameron, A. (2018). Should Canada Implement a Flat-Rate Reimbursement Model for Surrogacy Arrangements? Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 155-183). Toronto, ON: Irwin Law.
- Pfeffer, N. (2011). Eggs-Ploiting Women: A Critical Feminist Analysis of the Different Principles in Transplant and Fertility Tourism. *Reproductive BioMedicine Online*, 23(5), 634-661.
- Phillips, A. (2013). *Our Bodies. Whose Property?* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Pidduck, J. (2018). Male *homoparentalité* with recourse to surrogate mothers in Quebec: the mediated cases of Kevin Lambert and Joël Legendre. *Contemporary French Civilization*, 43(3-4), 325-351.
- Pizitz, T. D., McCullaugh, J., & Rabin, A. (2013). Do women who choose to become surrogate mothers have different psychological profiles compared to a normative female sample? *Women and Birth*, 26(1), e15-e20.
- Poupart J., (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme : des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. *Recherches qualitatives*, 30(1), 178-199.
- Prosser, H. & Gamble, N. (2016). Modern surrogacy practice and the need for reform. *Journal of Medical Law and Ethics*, 4(3), 257-274.
- Pulman, B. (2010). *Mille et une façons de faire les enfants : la révolution des méthodes de procréation*. Paris, France : Calmann-Lévy.
- Purewal, S., van den Akker, O. (2009). Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human Reproduction Update*, 15(5), 499-515.

- Quéniart, A. (1988). *Le corps paradoxal. Regards de femmes sur la maternité*. Montréal, QC : Saint-Martin.
- Ragoné, H. (1994). *Surrogate Motherhood. Conception in the Heart*. Boulder and Oxford, CO: Westview Press.
- Ragoné, H. (1996). Chasing the Blood Tie. Surrogate Mothers, Adoptive Mothers, and Fathers. *American Ethnologist*, 23(2), 352-365.
- Rainhorn, J.-D., & El Boudamoussi, S. (Éds.) (2015). *New Cannibal Markets. Globalization and Commodification of the Human Body*. Paris, France : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Ravelingien, A., Provoost, V. & Pennings, G. (2016). Creating a family through connection websites and events: Ethical and social issues. *Reproductive BioMedicine Online*, 33(4), 522-528.
- Ravez, L. (2013). La gestation pour autrui nous aide à mieux comprendre le métissage de la filiation humaine. Dans G. Schamps & J. Sosson (Éds.). *La gestation pour autrui : vers un encadrement ?* (p. 109-124). Bruxelles, Belgique : Éditions Bruylant.
- Rayscher, E. A., Young, S. L., Durham, W. T., & Barbour, J. B. (2017). I'd Know That My Child Was Out There: Egg Donation, the Institutionalized "Ideal" Family, and Health Care Decision Making. *Health Communication*, 32(5), 550-559.
- Reilly, D. R. (2007). Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *Canadian Medical Association Journal*, 176(4), 483-485.
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman. *Transgender Health*, 3(1), <http://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>
- Ricard, N. (2001). *Maternités lesbiennes*. Montréal : Les éditions du remue-ménage.
- Rich, A. (1976). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and as Institution*. New York, NY: Norton.
- Riggs, D. W. (2016). Narratives of choice amongst white Australians who undertake surrogacy arrangements in India. *Journal of Medical Humanities*, 37(3), 313-325.
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Due, C. (2016). Public and private families: A comparative thematic analysis of the intersections of social norms and scrutiny. *Health Sociology Review*, 25(1), 1-17.
- Riggs, D. W., Due, C., & Power, J. (2015). Gay men's experiences of surrogacy clinics in India. *Journal of Family Planning and Reproductive Health*, 41(1), 48-53.

Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, QC : Les éditions du remue-ménage.

Rivard, G., & Hunter, J. (2005). *The Law of Assisted Human Reproduction*. Markham, ON: LexisNexis et Butterworths.

Robert, M.-P. (2017). Crime et maternité : analyse des infractions reliées à la grossesse. *Criminologie*, 50(2), 55-72.

Rocher, G. (2014). L'interdisciplinarité : franchir des distances. Dans V. Lemay & F. Darbellay (Éds.). *L'interdisciplinarité racontée. Chercher hors frontières, vivre l'interculturalité* (p. 49-56). Berne, Suisse : Peter Lang.

Roman, D. (2012). La gestation pour autrui, un débat féministe? *Travail, genre et sociétés*, 28(2), 191-197.

Rozée, V. (2012). Les transformations de la maternité en France à travers le recours au don d'ovocyte en Grèce. Dans Y. Knibiehler, F. Arena & R. M. Cid López (Éds.). *La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne* (p. 51-57). Rennes, France : Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Rozée, V. (2017). La gestation pour autrui en Inde : des difficultés de terrain révélatrices d'une réalité controversée. *Journal des anthropologue*, 148-149, 253-270.

Rozée, V. & Mazuy, M. (2012). L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec. *Sciences sociales et santé*, 4(3), 5-30.

Rudrappa, S. (2014). Des ateliers de confection aux lignes d'assemblage des bébés. Stratégies d'emploi des mères porteuses à Bangalore, Inde. *Cahiers du Genre*, 1(56), 59-86.

Rudrappa, S. (2015). *Discounted Life. The Price of Global Surrogacy in India*. New York, NY: New York University Press.

Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2016). Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 25(3), 51-68.

Ryan, M. A. (2001). *Ethics and Economics of Assisted Reproduction: The Cost of Longing*. Washington, DC: Georgetown University Press.

Sándor, J. (2009). Règlements libéraux et focus sur l'enfant. La procréation médicalement assistée en Hongrie. Dans E. Poqueres i Gené (Éd.). *Défis contemporains de la parenté* (p. 107-129). Paris, France : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Santé Canada (2018). « *Ce que nous avons entendu* » : un résumé des commentaires reçus à la suite de la consultation *Vers une Loi sur la procréation assistée renforcée*. Ottawa, Canada : gouvernement du Canada.

Saris, A. (2016). *Les femmes porteuses au Canada : un kaléidoscope de phénomènes juridiques*. Communication. Colloque international « La gestation pour autrui - restituer la France dans le monde : représentations, encadrements et pratiques ». Paris, France, 17-18 novembre 2016.

Sarthou-Lajus, N. (2010). Maternité et paternité, les métamorphoses. *Études*, 10, 580-582.

Sauer, M., & Kavic, S. (2006). Oocyte and Embryo Donation 2006: Reviewing Two Decades of Innovation and Controversy. *Reproductive BioMedicine Online*, 12(2), 153-162.

Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier & I. Bourgeois (Éd.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* [6^e éd.] (p. 337-362). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Scala, F. (2014). IVF Policy and the Stratification of Reproduction in Canada. Dans S. Paterson, F. Scala & M. K. Sokolon (Éds.). *Fertile Ground. Exploring Reproduction in Canada* (p. 3-16). Montréal & Kingston, QC/ON: McGill-Queen's University Press.

Schamps, G., & Sosson, J. (2013). Introduction. Dans G. Schamps & J. Sosson (Éds.). *La gestation pour autrui : vers un encadrement?* (p. 1-5). Bruxelles, Belgique : Éditions Bruylant.

Schneider, D. (1980/1968). *American Kinship. A Cultural Account*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Schurr, C. (2017). From biopolitics to bioeconomies: The ART of (re-)producing white futures in Mexico's surrogacy market. *Environment and Planning D: Society and Space*, 35(2), 241-262.

Segalen, M. (2017). Pourquoi la gestation pour autrui dite « éthique » ne peut être. *Travail, genre et sociétés*, 2(38), 53-73.

Séraphin, G. (2010). La parenté, le droit et la médicalisation de la naissance. *Esprit*, 5, 183-189.

Sethna, C. & Doull, M. (2013). Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada. *Women's Studies International Forum*, 38, 52-62.

Shaw, R. (2007). The gift exchange and reciprocity of women in donor-assisted conception. *The Sociological Review*, 55(2), 293-310.

Shayestefar, M., & Abedi, H. (2017). Leading Factors to Surrogacy from Pregnant Surrogate Mothers' Vantage Point: A Qualitative Research. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 5(2), 97-102.

Smart, C. (2007). *Personal Life: New Directions in Sociological Thinking*. Cambridge, UK: Polity Press.

Smietana, M. (2017a). Affective De-Commodifying, Economic De-Kinning: Surrogates' and Gay Fathers' Narratives in U.S. Surrogacy. *Sociological Research Online*, 22(2), 1-13.

Smietana, M. (2017b). Families Like We'd Always Known? Spanish Gay Fathers' Normalization Narratives in Transnational Surrogacy. Dans M. Lie & N. Lykke (Éds.). *Assisted Reproduction Across Borders. Feminist Perspectives on Normalizations, Disruptions and Transmissions* (p. 49-60). New York, NY: Routledge.

Smietana, M. (2018). « Mes pères d'intention et moi sommes amis sur Facebook » : comment les femmes porteuses et les pères gais américains négocient les tensions entre le don et l'échange marchand. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courduriès (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 225-247). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Smith, D. (Éd.) (2006). *Institutional Ethnography as Practice*. Oxford, UK: Rowan and Littlefield Publishers.

Société canadienne de fertilité et d'andrologie (2016). *Procréation avec la participation d'un tiers. Standards de soins cliniques*. Montréal : SCFA.

Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.-B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction*, 22(2), 260-276.

Sperling, D., & Simon, Y. (2010). Attitudes and policies regarding access to fertility care and assisted reproductive technologies in Israel. *Reproductive Biomedicine Online*, 21(7), 854-861.

Stenfelt, C., Armuand, G., Wanggren, K., Svanberg, A. S., & Sydsjö, G. (2018). Attitudes toward surrogacy among doctors working in reproductive medicine and obstetric care in Sweden. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 97(9), 1114-1121.

Stern K. (2012). Assisted reproductive technology: What's new and what's important? *Australian Family Physician*, 41(10), 762-768.

Stern, J. E., Cramer, C. P., Garrod, A., & Green, R. M. (2002). Attitudes on access to services at assisted reproductive technology clinics: comparisons with clinic policy. *Fertility and Sterility*, 77(3), 537-541.

Stoeckle, A. (2018). Rethinking Reproductive Labor through Surrogates' Invisible Bodily Care Work. *Critical Sociology*, 44(7-8), <https://doi.org/10.1177/0896920518766651>

Stoléru, S. (2000). Aspects conceptuels. Entrée 'Parentalité'. Dans D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio (Éds.). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 491). Paris, France : Presses universitaires de France.

Storrow, R. F. (2007). The Bioethics of Prospective Parenthood: In Pursuit of the Proper Standard for Gatekeeping in Infertility Clinics. *Cardozo Law Review*, 28(5), 101-138.

Strathern, M. (2005). *Kinship, Law and the Unexpected. Relatives Are Always a Surprise*. New York, NY: Cambridge University Press.

- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Strübing, J. (2007). Research as pragmatic problem-solving: The pragmatist roots of empirically grounded theorizing. Dans A. Bryant & K. Charmaz (Éds.). *The Sage handbook of grounded theory* (p. 580-602). London, UK: Sage.
- Sturgess, W., Dunn, J., & Davies, L. (2001). Young children's perceptions of their relationships with family members. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6), 521-529.
- Stuvøy, I. (2018). Troublesome reproduction: surrogacy under scrutiny. *Reproductive BioMedicine & Society Online*. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.10.015>
- Swanson, R. A., Chermack, T. J. (2013). *Theory Building in Applied Disciplines*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Szucs, K. A., Axline, S. E., & Rosenman, M. B. (2010). Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *Journal of Human Lactation*, 26(3), 309- 313.
- Tain, L. (2004). La maternité assistée. Dans Y. Knibiehler & G. Neyrand (Éds.). *Maternité et parentalité* (p. 161-173). Rennes, France : Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Tain, L. (2009). Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée. *Genre, sexualité & société*, 1, [revue en ligne] <http://journals.openedition.org/gss/167>
- Tain, L. (2013). *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Rennes, France : Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Tatu, N. (2017). *La fabrique des bébés. Enquête sur les mères porteuses dans le monde*. Paris, France : Éditions Stock.
- Teman, E. (2008). The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1104-1112.
- Teman, E. (2009). Embodying Surrogate Motherhood: Pregnancy as Dyadic Body-project. *Body & Society*, 15(3), 47-69.
- Teman, E. (2010). *Birth of a Mother. The Surrogate Body and the Pregnant Self*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Teman, E. (2018a). *The Power of the Single Story in Surrogacy*. Communication dans le cadre de la conférence internationale : « Remaking Reproduction: The Global Politics of Reproductive Technologies ». Cambridge, UK, 27-29 juin 2018.

- Teman, E. (2018b). Les corps maternels, la maternité en gestation. La répartition de la maternité entre les gestatrices et les mères d'intention en Israël. Dans I. Côté, K. Lavoie & J. Courdurières (Éds.). *Perspectives internationales sur la gestation pour autrui : expériences des personnes concernées et contextes d'action* (p. 189-205). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Teman, E. & Berend, Z. (2018). Surrogate non-motherhood: Israeli and US surrogates speak about kinship and parenthood. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 296-310.
- Thébaud, F. (2001). Féminisme et maternité : les configurations du siècle. Dans Y. Knibiehler (Éd.). *Maternité, affaire privée, affaire publique* (p. 29-47). Paris, France : Bayard.
- Théry, I. (2007). *La distinction de sexe : une nouvelle approche de l'égalité*. Paris, France : Odile Jacob.
- Théry, I. (2010). *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*. Paris, France : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Thoër, C., Millerand, F., Myles, D., Orange, V., & Gignac, O. (2012). Enjeux éthiques de la recherche sur les forums Internet portant sur l'utilisation des médicaments à des fins non médicales. *Revue internationale de communication sociale et publique*, 7, 1-22.
- Thompson, C. (2001). Strategic naturalizing: kinship in an infertility clinic. Dans S. Franklin & S. McKinnon (Éds.). *Relative Values. Reconfiguring Kinship Studies* (p. 175-202). Durham, UK: Duke University Press.
- Thompson, C. (2005). *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Thornberg, R. (2012). Informed Grounded Theory. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(3), 243-259.
- Tremblay, R. (2015). Surrogates in Québec: The Good, The Bad, and The Foreigner. *Canadian Journal of Women and the Law*, 27(1), 94-111.
- Tremblay, R. (2018). Quebec's Filiation Regime, the Roy Report's Recommendations, and the Interest of the Child. *Canadian Journal of Family Law*, 31, 199-243.
- Tulandi, T., King, L., & Zelkowitz, P. (2013). Public funding and access to IVF. *New England Journal of Medicine*, 368(20), 1948-1949.
- Van Balen, F., & Inhorn, M. C. (2002). Interpreting infertility: a view from social sciences. Dans M. C. Inhorn & F. van Balen (Éds.). *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies* (p. 3-23). Berkeley & Los Angeles, CA : University of California Press.
- Van den Akker, O. (2003). Genetic and gestational surrogate mother's experience of surrogacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 145-161.

- Van den Akker, O. (2005). A longitudinal pre-pregnancy to post-delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence and genealogy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(4), 277, 284.
- Van den Akker, O. (2006). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 13(1), 53-62.
- Van den Akker, O. (2007). Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction*, 22(8), 2287-2295.
- Van den Akker, O. (2017). *Surrogate Motherhood Families*. London, UK: Palgrave Macmillan.
- Van der Maren, J.-M. (2010). La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 129-139.
- Vandelac, L. (1987). Sexes et technologies de la procréation : « mères porteuses » ou la maternité déportée par la langue. *Sociologie et sociétés*, 19(1), 97-116.
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., & Braat, D. D. M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234-1240.
- Vialle, M. (2014). L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. *Enfances Familles Générations*, 21, 1-23.
- Walker, R., & van Zyl, L. (2015). Surrogate motherhood and abortion for fetal abnormality. *Bioethics*, 29(8), 529-535.
- Walker, R., & van Zyl, L. (2017). *Towards a Professional Model of Surrogate Motherhood*. London, UK: Palgrave Macmillan.
- Wall, G. (2001). Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse. *Gender and Society*, 15(4), 592-610.
- Weber, F. (2013). *Penser la parenté aujourd'hui : la force du quotidien*. Paris, France : Presses de l'École normale supérieure.
- Weis, C. (2017). *Reproductive Migrations: Surrogacy workers and stratified reproduction in St Petersburg*. Thèse de doctorat inédite. Leicester, De Montfort University.
- Whetstine, L. M., & Beach, B. G. (2016). Surrogacy's Changing Social Profile. Dans. E. Scott Sills (Éd.). *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues* (p. 33-40). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- White, P. M. (2016). Hidden from view: Canadian gestational surrogacy practices and outcomes, 2001-2012. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 205-217.

White, P. M. (2017). Canada's Surrogacy Landscape is Changing: Should Canadians Care? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(1), 1046-1048.

White, P. M. (2018a). Commercialization, Altruism, Clinical Practice: Seeking Explanation for Similarities and Differences in Californian and Canadian Gestational Surrogacy Outcomes. *Reproductive Health*, 28(3), 239-250.

White, P. M. (2018b). "Why We Don't Know What We Don't Know" About Canada's Surrogacy Practices and Outcomes. Dans V. Gruben, A. Cattapan & A. Cameron (Éds.). *Surrogacy in Canada: Critical Perspectives in Law and Policy* (p. 51-80). Toronto, ON: Irwin Law.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.

Winddance Twine, F. (2015). *Outsourcing the womb. Race, Class, and Gestational Surrogacy in a Global Market* [2^e éd.]. New York, NY: Routledge.

Woodriff, M., Sauer, M. V., & Klitzman, R. (2014). Advocating for longitudinal follow-up of the health and welfare of egg donors. *Fertility and Sterility*, 102(3), 662-666.

Yonnet, P. (2010). L'avènement de l'enfant du désir. *Études*, 412(1), 43-52.

Yvert, E. (2016). Bioéthique et techniques de reproduction. Dans J. Rennes (Éd.). *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux* (p. 96-105). Paris, France : La Découverte.

Zadeh, S., Ilioi, E. C., Jadvá, V., & Golombok, S. (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099-1106.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K. Sullivan, E., & van der Poel, S. on behalf of ICMART and WHO (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687.

Ziff, E. (2017). "The Mommy Deployment": Military Spouses and Surrogacy in the United States. *Sociological Forum*, 32(2), 406-425.

Zingler, E., Amorim Amato, A. Zanatta, A., de Fátima Brito Vogt, M., da Silva, Wanderley, M., Mariani Neto, C., & Moreno Zaconeta, A. (2017). Lactation Induction in a Commissioned Mother by Surrogacy: Effects on Prolactin Levels, Milk Secretion and Mother Satisfaction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 39(2), 86-89.

Zizzo, G. (2009). Lesbian families and the negotiation of maternal identity through the unconventional use of breast milk. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 5(2), 96-109.

Annexes

Annexe 1. Annonce de recrutement

Étude MATRICES Maternités assistées par tierces reproductrices

Cette recherche vise à recueillir la parole des femmes directement concernées par la gestation pour autrui (GPA) et le don d'ovules. Cette étude cherche aussi à mieux cerner leur rapport à la maternité, ainsi que leur point de vue quant à la régulation de la procréation assistée par tierces reproductrices au Québec et au Canada.

Le projet de recherche est à la phase de recrutement. Nous sollicitons donc votre collaboration. Nous sommes à la recherche de femmes canadiennes âgées d'au moins 18 ans et correspondant à l'un ou l'autre des profils suivants :

Femme ayant formulé un projet parental qui requiert l'apport (gamètes et/ou gestation) d'une ou deux autres femmes pour le concrétiser

Scénarios possibles :

- Femme ayant reçu un don d'ovule afin d'être en mesure de porter et de donner naissance à son enfant.
- Femme ayant eu recours à la GPA en fournissant ses propres ovules.
- Femme ayant eu recours à la GPA en ne fournissant pas ses propres ovules.

Femme ayant porté un enfant pour le compte d'autrui

Scénarios possibles :

- Femme ayant porté un fœtus créé à partir de ses propres gamètes dans le cadre d'une entente de GPA « génétique ».
- Femme ayant porté un embryon implanté par fécondation in vitro et créé à partir des gamètes d'une autre femme dans le cadre d'une entente de GPA « gestationnelle ».

Femme ayant offert ses ovules

Scénarios possibles :

- Femme ayant offert ses ovules de façon individuelle à une clinique ou une banque de gamètes.
- Femme ayant offert ses ovules lors d'un « don dirigé », c'est-à-dire lorsque la donneuse et la receveuse se connaissent et se rendent ensemble pour procéder au prélèvement et à l'implantation.
- Femme ayant offert ses ovules lors d'un « don croisé », c'est-à-dire lorsque la donneuse accompagne une receveuse à la clinique pour y faire un don, lequel sera remis à une autre receveuse ayant fait la même démarche.

Votre participation à cette recherche consiste à nous accorder une entrevue d'une durée de d'environ 2h portant sur votre expérience entourant le processus procréatif par GPA ou don d'ovules. L'entretien se déroulera dans la ville et le lieu de votre choix.

Afin de faciliter les analyses, les entrevues seront enregistrées à l'aide d'un appareil électronique. Toutes les mesures nécessaires seront prises pour assurer l'anonymat et la confidentialité de vos renseignements, lesquelles sont précisées dans ce formulaire de consentement. Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal, no d'approbation CERAS-2016-17-101-D.

Vous aimeriez en apprendre davantage sur le projet?
Le sujet vous interpelle?

À propos de l'équipe de recherche



Kévin Lavoie est doctorant en sciences humaines à l'Université de Montréal. Dans le cadre de ses travaux de recherche, il s'intéresse aux politiques et aux pratiques de procréation assistée, notamment sous l'angle de la négociation des ententes entre les personnes impliquées et de l'apport des tiers procréateurs dans le projet parental d'autrui. Pour son projet de thèse, il souhaite donner la parole aux femmes directement concernées par la GPA et le don d'ovules, afin de mettre en lumière leurs expériences et ainsi favoriser une meilleure compréhension des maternités assistées par tierces reproductrices. Il est le chercheur responsable de l'étude MATRICES, un projet réalisé sous la direction de la professeure Isabel Côté.

Isabel Côté est professeure agrégée au département de travail social et membre du Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF) de l'Université du Québec en Outaouais. Elle est aussi chercheuse à la Chaire de recherche sur l'homophobie basée à l'Université du Québec à Montréal. Elle s'intéresse aux pratiques familiales émergentes, notamment les familles homoparentales dont les enfants sont nés grâce à la participation d'une tierce personne au projet parental de couples gais ou lesbiens. Ses travaux de recherche actuels portent plus spécifiquement sur le rôle du donneur de sperme connu auprès des enfants des familles lesboparentales et les motivations d'hommes gais à fonder leur famille grâce à la gestation pour autrui.



Annexe 2. Guide de contact téléphonique

1. Nom de la personne : _____

2. Présentation de la recherche

- D'abord, je profite de l'occasion pour vous remercier pour votre intérêt envers notre projet de recherche dédié à la procréation assistée par tierces reproductrices.
- Cette étude est menée dans le cadre de mon doctorat en sciences humaines appliquées, sous la direction de madame Isabel Côté, professeure agrégée au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais.
- Ce projet vise à documenter les expériences des femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules, soit à titre de mères d'intention, de femmes porteuses ou de donneuses d'ovules. Les participantes pressenties doivent avoir eu recours ou agi en tant que tierces reproductrices dans le cadre d'une entente ou d'une offre établie à l'extérieur de la cellule conjugale.
- Cette étude s'effectue en toute confidentialité et dans le respect des normes exigées par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal. Je réalise des entrevues individuelles. D'ailleurs, je vous précise que les entrevues de recherche pourront se faire dans la région, la ville et le lieu de votre choix.
- Avant de poursuivre, je dois vérifier si vous correspondez au profil recherché. À cet effet, j'ai quelques questions à vous poser.

3. Vérification des critères de sélection

- Êtes-vous une femme concernée par la procréation assistée par tierces reproductrices, plus précisément la gestation pour autrui et le don d'ovules? _____

Réponse attendue : oui

- Si oui, de quelle(s) façon(s)?
Réponses possibles (lesquelles peuvent varier selon les termes utilisés) :
 - Femme ayant formulé un projet parental à l'aide de tierces reproductrices
 - Femme ayant offert ses ovules
 - Femme ayant porté un enfant pour le compte d'autrui

Si la personne *correspond* aux critères de sélection : explications liées à sa participation à l’entrevue

- Si vous êtes toujours intéressée par notre étude, je vous invite à participer à une entrevue individuelle d’une durée approximative de 1h30 à 2h à un endroit qui vous conviendra.
- L’entrevue sera enregistrée à l’aide d’un appareil électronique afin de faciliter l’analyse des données.
- L’entrevue explorera votre expérience entourant le processus de procréation assistée par tierces reproductrices et votre rapport à la maternité.
- Les données recueillies lors de l’entrevue de même que toutes les informations personnelles divulguées demeureront confidentielles. Seuls le chercheur et sa directrice auront accès à ces données qui seront d’ailleurs détruites après la diffusion des résultats. Des pseudonymes seront utilisés afin que personne ne puisse vous identifier, ainsi que les membres de votre entourage.

4. Si la personne *ne correspond pas* aux critères de sélection : explications liées au refus et remerciements

- Malheureusement, j’ai le regret de vous annoncer que, pour cette recherche, vous ne répondez pas aux critères préalablement établis [spécifier et expliquer les critères auxquels la participante ne répond pas].
- Je vous remercie tout de même pour votre intérêt envers le projet de recherche.

5. Conclusion

- Avez-vous des questions par rapport au projet de recherche ou à votre participation?

- Rendez-vous pour l’entrevue

Date _____

Heure _____

Lieu _____

- Coordonnées de la personne

Téléphone _____

Courriel _____

Je vous remercie pour votre collaboration à mon projet de recherche.

Annexe 3. Certificat d'approbation éthique



N° de certificat
CERAS-2016-17-101-D

Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CÉRAS), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Les maternités dissociées: regards croisés de femmes concernées par la procréation assistée par tierces reproductrices au Canada
Étudiant requérant	Kévin Lavoie (), Étudiant au doctorat, FAS-Sciences humaines appliquées
Sous la direction de	Isabel Côté, professeure agrégée, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais

Financement	
Organisme	CRSH
Programme	Bourse d'études supérieurs Vanier
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	CGV-SSHRC-00321
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRAS.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRAS.

Martin Arguin, Président
Comité d'éthique de la recherche en arts
et en sciences
Université de Montréal

11 juillet 2016
Date de délivrance

31 décembre 2021
Date de fin de Validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique
Pavillon Lionel-Groulx
3150, rue Jean-Brillant
Local C-9104
Montréal QC H3T 1N8

Téléphone : 514-343-7338
ceras@umontreal.ca
www.ceras.umontreal.ca

Annexe 4. Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Étude MATRICES : regards croisés de femmes concernées par la procréation assistée par tierces reproductrices au Canada

Chercheur étudiant Kévin Lavoie, doctorant en sciences humaines appliquées
Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal

Directrice de recherche Isabel Côté, professeure agrégée
Département de travail social, Université du Québec en Outaouais

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but du projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Il indique les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots ou expressions avec lesquels vous êtes moins familières. Si c'est le cas, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTES

1. Présentation de la recherche

L'étude MATRICES - maternités assistées par tierces reproductrices - vise à documenter les expériences des femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules au Canada. Pour ce faire, nous comptons recueillir les points de vue des femmes qui ont recours à la procréation assistée par tierces reproductrices pour concrétiser leur projet parental, ainsi que celles qui ont offert leurs gamètes ou ont porté un enfant pour le compte d'autrui. Cette recherche est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

2. Participation à la recherche

Votre participation consiste à nous accorder une entrevue d'une durée de 1h30 à 2h00. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec le chercheur, selon vos disponibilités. Plusieurs thèmes seront abordés lors de cette rencontre, par exemple les facteurs décisionnels vous ayant mené à avoir recours à la procréation assistée ou à y participer à titre de tierces reproductrices et le sens que vous donnez à la maternité.

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

4. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à une meilleure compréhension de la procréation assistée par tierces reproductrices au regard des expériences des femmes directement concernées par le phénomène. L'entrevue sera aussi une occasion de partager votre point de vue et votre expérience personnelle.

5. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, chaque participante à la recherche se verra attribuer un pseudonyme et seuls le chercheur et sa directrice pourront connaître son identité. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

6. Compensation

Aucune compensation financière n'est offerte, hormis un dédommagement (40 \$) pour le gardiennage de vos enfants, le cas échéant.

7. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec le chercheur aux coordonnées indiquées ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

8. Utilisation secondaire des données

Les données recueillies seront anonymisées à la fin du présent projet et pourraient être utilisées par le chercheur pour des recherches futures portant sur le même thème, dans le respect des règles de confidentialité et conditionnellement à l'approbation du comité d'éthique de la recherche.

9. Prise de contact pour des recherches futures

Nous aimerions solliciter votre participation pour d'autres recherches futures. Votre acceptation ne signifie nullement que vous acceptez de participer à une nouvelle recherche, mais bien que vous acceptez que nous communiquions avec vous pour vous inviter à y participer. Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche.

J'accepte que l'on communique avec moi en vue de solliciter ma participation pour d'autres recherches.

Courriel : _____

Téléphone : _____

Je n'accepte pas que l'on communique avec moi en vue de solliciter ma participation pour d'autres recherches.

10. Résultats de la recherche

Désirez-vous obtenir un résumé des résultats de cette recherche? Oui Non

Courriel pour l'envoi du résumé : _____

B) CONSENTEMENT

Déclaration de la participante

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord à participer à la recherche ou de refuser.
- Je peux poser des questions au chercheur et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage le chercheur de ses responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature de la participante : _____ Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué à la participante les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension de la participante. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Kévin Lavoie au numéro de téléphone _____ ou à l'adresse courriel _____.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences par courriel à l'adresse ceras@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-7338 ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Annexe 5. Guides d'entrevue

A. Mères d'intention

1. INTRODUCTION

- Remerciements
- Rappel des objectifs de la recherche
- Rappel du thème de l'entrevue, des sous-thèmes et des mesures de confidentialité
- Formulaire de consentement

2. TRAJECTOIRE PERSONNELLE ET FACTEURS DÉCISIONNELS

J'aimerais que vous me parliez de votre désir de fonder une famille
et de votre parcours vers sa concrétisation?

- Comment s'est déroulé le processus de procréation? Quelles sont été les étapes principales?
 - Discussion avec le/la conjoint.e
 - Rôle des agences privées, le cas échéant
 - Sources de soutien & besoins
- Qu'est-ce qui vous a amené opter pour cette méthode de procréation? Quelles étaient vos motivations?
 - Point de vue concernant l'adoption
- Aviez-vous déjà entendu parler de la gestation pour autrui, ou du don d'ovules? Connaissez-vous quelqu'un qui avait déjà eu ses enfants de cette façon? Qu'en aviez-vous pensé lorsque vous en avez entendu parler pour la première fois?
- Avant de vous engager dans le projet (de GPA, ou de don d'ovules), en avez-vous parlé à des gens de votre entourage? Comment ont-ils réagi?
 - Comment avez-vous présenté votre projet à vos proches, vos collègues, vos enfants?
- Vous êtes-vous rencontré (vous, votre partenaire et la femme porteuse/donneuse) pour discuter de comment cela se passerait? Vous êtes-vous entendus sur des aspects particuliers? Quelle était la place des intermédiaires (agences), le cas échéant?
 - Méthode de conception retenue
 - Aspects financiers
 - Décision à prendre en regard de la santé de la femme porteuse/donneuse ou de la santé de l'enfant (avortement en cas de problèmes, par exemple)
 - Prescriptions de comportements durant la grossesse
 - Prescriptions liées à l'accouchement (AV/césarienne)
 - Le rôle de la femme porteuse/donneuse auprès de votre enfant une fois celui-ci né

- Étiez-vous impliquée durant le processus médical (ponction ovarienne, rendez-vous médicaux, échographie), la grossesse ou l'accouchement? Si oui, de quelle façon?
- Comment s'est passé l'accouchement? Comment vous êtes-vous sentie quand vous avez eu l'enfant dans les bras suite à l'accouchement?
 - Avez-vous eu droit à des prestations/congés liés à l'arrivée de votre enfant?
- Avez-vous envisagé la possibilité d'allaiter votre enfant? Pourquoi?
- Il existe une certaine croyance voulant que les femmes qui portent un enfant pour autrui décident, une fois l'enfant né, de le garder. Aviez-vous des craintes par rapport à cela?
- Envisagez-vous d'avoir un autre enfant par GPA, ou par don d'ovules? Si oui, dans quel contexte? Sinon, pourquoi?

3. LE RAPPORT À L'ENFANT

J'aimerais que vous me parliez de votre relation avec votre enfant

- Quel est votre statut légal face à votre enfant?
 - Processus d'établissement de la filiation
- Lors de la grossesse, comment vous perceviez-vous face à votre enfant? Est-ce que votre perception de l'époque est différente aujourd'hui? Si oui, en quoi est-elle différente?
- Maintenez-vous encore des liens avec la femme porteuse, ou la donneuse? Quelle est la nature de ces liens? Sinon, pourquoi?
 - Si oui, aviez-vous décidé de cela en avance? Aviez-vous déterminé à l'avance le rôle que la femme porteuse ou la donneuse pourrait jouer auprès de l'enfant? Est-ce que son rôle a évolué au fil du temps?
- Est-ce que l'enfant est conscient du rôle que la femme porteuse ou la donneuse a joué dans sa venue au monde? Envisagez-vous de lui dire? Si oui, comment est-ce que cela lui a (ou sera) expliqué?
- Si, dans quelques années, votre enfant souhaite rencontrer la femme porteuse ou la donneuse, ou sollicite sa présence...comment réagissez-vous?

4. LE SENS DONNÉ À LA MATERNITÉ

Comment définissez-vous la maternité en contexte de GPA ou de don d'ovules?
Comment vous situez-vous par rapport à l'identité de *mère*?

- Pour vous, qu'est-ce qu'une « famille »? Est-ce que la biologie est importante dans la définition de ce qu'est une famille? Si oui, dans quelle mesure?

- Pour vous, qu'est-ce qu'une « mère/femme porteuse » ou « gestatrice » (son rôle, etc.)? Donneuse d'ovules?
- Qu'est la femme porteuse par rapport à vous, votre enfant? Quels mots utilisez-vous pour parler d'elle?
 - Mots ou expressions utilisés par l'enfant
- Comment vos enfants ou les membres de votre famille se perçoivent-ils par rapport à la femme porteuse, ou la donneuse? Par exemple, sont-ils des frères et sœur/grands-parents et petits-enfants/oncle, tante et neveu, nièce?
- Vous êtes la mère de [X] enfants. Comment percevez-vous votre maternité en fonction des deux contextes? Qu'est-ce qui est semblable? Qu'est-ce qui est différent?
- Pour vous une « mère », qu'est-ce que c'est?
- Certains chercheurs affirment que c'est la grossesse et l'accouchement qui « fait » la mère? Qu'en pensez-vous?
 - Pour d'autres, la transmission du bagage génétique est un élément prépondérant, puisqu'il inscrit l'enfant dans un lignée. Qu'en pensez-vous?
 - Enfin, certains soulignent la volonté/intention/désir d'être mère (ou avoir des enfants) comme fondement de la maternité. Qu'en pensez-vous?

5. RECOMMANDATIONS

- Qu'est-ce que vous diriez à une amie qui souhaiterait fonder sa famille par procréation assistée par tierces reproductrice (GPA ou don d'ovules)? Quels conseils lui formuleriez-vous?
- Est-ce que la pratique devrait être permise et encadrée selon vous? Pourquoi? Si oui, de quelle façon?
- La question de la rémunération des femmes qui portent un enfant pour le compte d'autrui est un sujet sensible. Quel est votre opinion?
- Si vous étiez en mesure de revenir en arrière, y a-t-il des choses que vous feriez autrement? Pour quelles raisons?

6. CONCLUSION

- Y a-t-il d'autres choses dont nous n'avons pas parlé que vous souhaitez ajouter?
- Avez-vous des questions à me poser quant à l'entrevue que nous venons de réaliser?
- Remerciements

B. Femmes porteuses

1. INTRODUCTION

- Remerciements
- Rappel des objectifs de la recherche
- Rappel du thème de l'entrevue, des sous-thèmes et des mesures de confidentialité
- Formulaire de consentement

2. TRAJECTOIRE PERSONNELLE ET FACTEURS DÉCISIONNELS

J'aimerais que vous me parliez de ce qui vous a amené à porter un enfant pour autrui?

- Comment est-ce que les parents d'intention vous ont approché pour être femme porteuse? Quelle a été votre réaction à ce moment-là?
 - Rôle des agences privées (ou des médias sociaux), le cas échéant
- Qu'est-ce qui vous a amené à accepter cette proposition (ou proposer vos services)? Quelles étaient vos motivations?
- Aviez-vous déjà entendu parler de la gestation pour autrui? Connaissez-vous quelqu'un qui avait déjà eu ses enfants de cette façon? Qu'en aviez-vous pensé lorsque vous en avez entendu parler pour la première fois?
- Avant d'accepter (ou de proposer de le faire), en avez-vous parlé à des gens de votre entourage? Comment ont-ils réagi?
- Vous êtes-vous rencontrer pour discuter de comment cela se passerait? Vous êtes-vous entendu sur des aspects particuliers?
 - Méthode de conception retenue
 - Relations sexuelles avec votre conjoint
 - Aspects financiers
 - Décision à prendre en regard de votre santé ou de la santé de l'enfant (avortement en cas de problèmes, par exemple)
 - Prescriptions de comportements durant la grossesse
 - Prescriptions liées à l'accouchement (AV/césarienne)
 - Votre rôle auprès de l'enfant une fois celui-ci né
- Est-ce que le couple d'intention a été impliqué durant la grossesse ou l'accouchement? Si oui, de quelle façon?
- Est-ce que la grossesse menée pour le couple d'intention était différente de celle de vos enfants (au niveau émotif, etc.)?
- Comment avez-vous présenté votre grossesse à vos proches, vos collègues, vos enfants?

- Avez-vous eu droit à des prestations/congés liés à l'accouchement?
- Comment s'est passé l'accouchement? Comment vous êtes-vous sentie quand vous avez eu l'enfant dans les bras suite à l'accouchement?
 - Avez-vous passé un moment seule avec l'enfant après sa naissance?
- Avez-vous considéré la possibilité d'allaiter l'enfant (ou donner le colostrum)? Les parents d'intention vous ont-ils demandé de le faire?
- Il existe une certaine croyance voulant que les femmes porteuses décident, une fois l'enfant né, de le garder. Est-ce que cela vous est passé par la tête?
- Si les parents d'intention avaient changé d'idée à la naissance de l'enfant, qu'auriez-vous fait? Avez-vous déjà songé à cette éventualité?
- Accepteriez-vous à nouveau de porter un enfant pour des parents d'intention? Si oui, dans quelles mesures? Dans quel contexte? Sinon, pourquoi?
 - Parents d'intention connus VS inconnus

3. LE RAPPORT À L'ENFANT

J'aimerais que vous me parliez de votre relation à l'enfant

- Quel est votre statut légal face à l'enfant?
- Lors de la grossesse, comment vous perceviez-vous face à l'enfant à naître? Est-ce que votre perception de l'époque est différente aujourd'hui? Si oui, en quoi est-elle différente?
- Maintenez-vous encore des liens avec le couple d'intention? Quelle est la nature de ces liens? Sinon, pourquoi?
 - Si oui, aviez-vous décidé de cela en avance? Aviez-vous déterminé à l'avance le rôle que vous auriez à jouer auprès de l'enfant? Est-ce que votre rôle a évolué au fil du temps?
- Est-ce que l'enfant est conscient du rôle que vous avez joué dans sa venue au monde? Comment est-ce que cela lui a (ou sera) expliqué?
- Qu'arriverait-il si vous êtes en désaccord avec les parents d'intention concernant l'éducation de l'enfant? Avez-vous un exemple à me donner?
- Quels mots l'enfant utilise-t-il pour parler de vous, de vos enfants?

4. LE SENS DONNÉ À LA MATERNITÉ

Comment définissez-vous la maternité en contexte de GPA?
Comment vous situez-vous par rapport à l'identité de *mère*?

- Pour vous, qu'est-ce qu'une « famille »? Est-ce que la biologie est importante dans la définition de ce qu'est une famille? Si oui, dans quelle mesure?
- Pour vous, qu'est-ce qu'une « mère/femme porteuse » ou « gestatrice » (son rôle, etc.)?
- Qu'êtes-vous par rapport à l'enfant? Quels mots utilisez-vous pour parler de l'enfant?
- Comment vos enfants, ou les membres de votre famille se perçoivent-ils à l'endroit de l'enfant? Par exemple, sont-ils des frères et sœur/grands-parents et petits-enfants/oncle, tante et neveu, nièce?
- Vous êtes la mère de [X] enfants. Comment percevez-vous votre maternité en fonction des deux contextes? Qu'est-ce qui est semblable? Qu'est-ce qui est différent?
- Pour vous une « mère », qu'est-ce que c'est? Êtes-vous la mère de l'enfant?
- Certains chercheurs disent qu'une mère, c'est important pour le développement de l'enfant. Qu'en pensez-vous?
- D'autres chercheurs affirment que c'est la grossesse et l'accouchement qui « fait » la mère? Qu'en pensez-vous?

5. RECOMMANDATIONS

- Qu'est-ce que vous diriez à une amie qui souhaiterait porter un enfant pour autrui? Quels conseils lui formuleriez-vous?
- Est-ce que la pratique devrait être permise et encadrée selon vous? Pourquoi? Si oui, de quelle façon?
- La question de la rémunération des femmes qui portent un enfant pour autrui est un sujet sensible. Quel est votre opinion?
- Si vous étiez en mesure de revenir en arrière, y a-t-il des choses que vous feriez autrement? Pour quelles raisons?

6. CONCLUSION

- Y a-t-il d'autres choses dont nous n'avons pas parlé que vous souhaitez ajouter?
- Avez-vous des questions à me poser quant à l'entrevue que nous venons de réaliser?
- Remerciements

C. Donneuse d'ovules

1. INTRODUCTION

- Remerciements
- Rappel des objectifs de la recherche
- Rappel du thème de l'entrevue, des sous-thèmes et des mesures de confidentialité
- Formulaire de consentement

2. TRAJECTOIRE PERSONNELLE ET FACTEURS DÉCISIONNELS

J'aimerais que vous me parliez de ce qui vous a amené à offrir/donner vos ovules?

- Comment est-ce que les parents d'intention vous ont approché pour être donneuse d'ovule? Quelle a été votre réaction à ce moment-là?
 - Rôle des agences privées (ou des médias sociaux), le cas échéant
- Qu'est-ce qui vous a amené à accepter cette proposition (ou proposer vos services)? Quelles étaient vos motivations?
- Aviez-vous déjà entendu parler du don d'ovules? Connaissez-vous quelqu'un qui avait déjà eu ses enfants de cette façon? Qu'en aviez-vous pensé lorsque vous en avez entendu parler pour la première fois?
 - Point de vue concernant la gestation pour autrui
- Pour vous, qu'est-ce qu'une « donneuse d'ovules » (son rôle, etc.)?
- Avant d'accepter (ou de proposer vos services), en avez-vous parlé à des gens de votre entourage? Comment ont-ils réagi?
- Aviez-vous rencontré les parents d'intention pour discuter de comment cela se passerait? Vous êtes-vous entendu sur des aspects particuliers?
 - Dévoilement de l'historique personnel et familial (problèmes génétiques, de santé physique ou mentale, etc.)
 - Aspects financiers
 - Considérations de santé
 - Votre rôle auprès de l'enfant une fois celui-ci né
 - Rôle du personnel de la clinique.
- Est-ce que le couple d'intention (ou la femme porteuse) a été impliqué durant les procédures? Si oui, de quelle façon?
- Avez-vous eu droit à des prestations/congés liés au processus de don?

- Comment s'est passé le processus médical?
 - Déroulement
 - Impacts sur différentes sphères de la vie (vie de couple, travail, vie sociale, etc.)
- Accepteriez-vous à nouveau de donner vos ovules? Si oui, dans quelles mesures? Dans quel contexte? Sinon, pourquoi?

3. LE RAPPORT À L'ENFANT

J'aimerais que vous me parliez de votre relation à l'enfant

- Quel est votre statut légal face à l'enfant?
- Au moment du don (et pendant la grossesse), comment vous perceviez-vous face à l'enfant à naître? Est-ce que votre perception de l'époque est différente aujourd'hui? Si oui, en quoi est-elle différente?
- Maintenez-vous des liens avec le couple d'intention? Quelle est la nature de ces liens? Sinon, pourquoi?
 - Si oui, aviez-vous décidé de cela en avance? Aviez-vous déterminé à l'avance le rôle que vous auriez à jouer auprès de l'enfant? Est-ce que votre rôle a évolué au fil du temps?
- Est-ce que l'enfant est conscient du rôle que vous avez joué dans sa venue au monde? Comment est-ce que cela lui a (ou sera) expliqué?
- Qu'arriverait-il si vous êtes en désaccord avec les parents d'intention concernant l'éducation de l'enfant? Avez-vous un exemple à me donner?
- Quels mots l'enfant utilise-t-il pour parler de vous, de vos enfants?
- Dans quelques années, si l'enfant cogne à votre porte (pour votre rencontrer, vous connaître, tisser une relation avec vous)...comment réagissez-vous?

4. LE SENS DONNÉ À LA MATERNITÉ

Comment définissez-vous la maternité en contexte de don d'ovules?
Comment vous situez-vous par rapport à l'identité de *mère*?

- Pour vous, qu'est-ce qu'une « famille »? Est-ce que la biologie est importante dans la définition de ce qu'est une famille? Si oui, dans quelle mesure?
- Qu'êtes-vous par rapport à l'enfant? Quels mots utilisez-vous pour parler de l'enfant issu de votre don?

- Il existe une certaine croyance voulant que les donneuses considèrent leurs ovules comme une simple substance biologique, au même titre que le sang. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?
- Comment vos enfants, ou les membres de votre famille se perçoivent-ils par rapport à l'enfant issu de vos dons? Par exemple, sont-ils des frères et sœur/grands-parents et petits-enfants/oncle, tante et neveu, nièce?
- Vous êtes la mère de [X] enfants. Comment percevez-vous votre maternité en fonction des deux contextes? Qu'est-ce qui est semblable? Qu'est-ce qui est différent?
- Pour vous une « mère », qu'est-ce que c'est? Êtes-vous la mère (biologique) de l'enfant?
- Certains chercheurs affirment que c'est la grossesse et l'accouchement qui « fait » la mère? Qu'en pensez-vous?
 - Pour d'autres, la transmission du bagage génétique est un élément prépondérant, puisqu'il inscrit l'enfant dans un lignée. Qu'en pensez-vous?
 - Enfin, certains soulignent la volonté/intention/désir d'être mère (ou avoir des enfants) comme fondement de la maternité. Qu'en pensez-vous?

5. RECOMMANDATIONS

- Qu'est-ce que vous diriez à une amie qui souhaiterait agir comme donneuse d'ovules? Quels conseils lui formuleriez-vous?
- Est-ce que la pratique devrait être permise et encadrée selon vous? Pourquoi? Si oui, de quelle façon?
- Tant dans les rapports sur la question de la procréation assistée que dans les écrits scientifiques, la place et le rôle des donneuses d'ovules est peu abordé, voire carrément absent. Pourquoi, selon vous?
- Que pensez-vous du maintien de l'anonymat du don de gamètes? Selon vous, cette mesure devrait-elle être retirée?
- La question de la rémunération des donneuses est un sujet sensible. Quel est votre opinion?
- Si vous étiez en mesure de revenir en arrière, y a-t-il des choses que vous feriez autrement? Pour quelles raisons?

6. CONCLUSION

- Y a-t-il d'autres choses dont nous n'avons pas parlé que vous souhaitez ajouter?
- Avez-vous des questions à me poser quant à l'entrevue que nous venons de réaliser?
- Remerciements

Annexe 6. Grille de codification

1. S'engager dans un processus d'enfantement à plusieurs

1.1. Trajectoires des mères d'intention

- 1.1.1. Problèmes de santé, infertilité, infécondité
- 1.1.2. L'âge avancé
- 1.1.3. Incidences sur son identité féminine
- 1.1.4. Parcours médical en clinique de fertilité (traitements)
 - 1.1.4.1. Incidences sur la dynamique conjugale
 - 1.1.4.2. Dévoilement (ou secret) du processus à l'entourage
 - 1.1.4.3. Effets secondaires des traitements
- 1.1.5. Envisager l'adoption
 - 1.1.5.1. Adoption internationale
 - 1.1.5.2. Accueil et adoption locale au Québec
- 1.1.6. Envisager les autres possibilités
 - 1.1.6.1. Don d'embryon
- 1.1.7. Recourir à la procréation assistée par autrui
 - 1.1.7.1. Choisir le don d'ovules
 - 1.1.7.2. Choisir la GPA
 - 1.1.7.2.1. Opter pour la GPA au Canada
 - 1.1.7.2.2. Ne pas retenir l'option de la GPA transnationale
 - 1.1.7.3. Réactions des gens à l'annonce du projet

1.2. Trajectoires des tierces reproductrices

- 1.2.1. S'engager dans le projet parental d'autrui en tant que tierce
 - 1.2.1.1. Connaître ou non le sujet
 - 1.2.1.2. Réactions des gens à l'annonce du projet (ou de l'intention)
- 1.2.2. Être sensible à la détresse causée par l'infertilité
- 1.2.3. Être sensible à l'homoparentalité (couple gai)
- 1.2.4. Donner ou offrir ses ovules
 - 1.2.4.1. Don anonyme
 - 1.2.4.2. Don dirigé
 - 1.2.4.3. Don croisé
 - 1.2.4.4. (Ne pas) être femme porteuse
 - 1.2.4.5. Discuter de l'historique génétique
- 1.2.5. Vouloir et accepter de porter un enfant
 - 1.2.5.1. GPA génétique
 - 1.2.5.2. GPA gestationnelle
 - 1.2.5.2.1. Rapport à la donneuse d'ovules
 - 1.2.5.3. (Ne pas) être donneuse d'ovule
 - 1.2.5.4. En parler autour de soi
 - 1.2.5.5. Couple hétérosexuel VS couple gai

2. Préciser ses motivations et ses aspirations

2.1. Motivations des mères d'intention

- 2.1.1. Devenir mère, avoir un enfant, fonder une famille
- 2.1.2. S'engager dans un projet de la dernière chance
- 2.1.3. Permettre à son conjoint de devenir père, avoir un enfant avec lui
 - 2.1.3.1. Être enceinte, vivre à nouveau la grossesse
- 2.1.4. À propos du désir d'enfant

2.2. Motivations des tierces reproductrices

- 2.2.1. Permettre à une femme ou une amie de devenir mère
- 2.2.2. Permettre à un membre de sa famille de fonder une famille
- 2.2.3. Être enceinte, vivre à nouveau une grossesse (FP)
- 2.2.4. Transmettre ses gènes, laisser une trace
- 2.2.5. Profiter d'un arrangement qui facilite son quotidien
- 2.2.6. Vouloir créer une fratrie pour son propre enfant
- 2.2.7. Pallier une injustice entre les hommes et les femmes (âge et fertilité)
- 2.2.8. Obtenir une compensation financière
- 2.2.9. Satisfaire une curiosité, être à la recherche d'une nouvelle expérience de vie
- 2.2.10. Apaiser une souffrance (liée à la mort)

3. Définir et se représenter les composantes des maternités assistées

3.1. Intention

- 3.1.1. Représentations
- 3.1.2. Définir, nommer la femme qui formule le projet parental de départ
- 3.1.3. Recherches en épigénétique

3.2. Gestation

- 3.2.1. Représentations
- 3.2.2. Définir, nommer la femme qui porte un enfant pour autrui

3.3. Génétique

- 3.3.1. Représentations
- 3.3.2. Définir, nommer la femme qui offre ses ovules
- 3.3.3. Comparer les types de dons entre eux
 - 3.3.3.1. Don de sperme
 - 3.3.3.2. Don de sang
 - 3.3.3.3. Don d'organe

4. Définir la famille

5. Choisir une filière d'accès et s'y engager

5.1. Faire appel aux services d'un intermédiaire privé

- 5.1.1. Agence spécialisée GPA
- 5.1.2. Banque de gamètes
- 5.1.3. Clinique de fertilité
- 5.1.4. Être sélectionnée comme MI
- 5.1.5. Être sélectionnée comme FP
- 5.1.6. Prendre contact par l'entremise de l'agence
- 5.1.7. Être accompagnée comme MI
- 5.1.8. Être accompagnée comme FP
- 5.1.9. Déléguer la prise en charge de la circulation de l'argent
- 5.1.10. Critères de sélection

5.2. S'impliquer comme membre de la famille ou de l'entourage

- 5.2.1. Évaluer la proximité
- 5.2.2. Réfléchir aux liens génétiques entre les membres de la parenté
- 5.2.3. Valider auprès de son/sa conjoint.e
- 5.2.4. Prendre en compte le point de vue des enfants
- 5.2.5. Discuter du projet avec ses propres parents, sa famille élargie
- 5.2.6. Discuter du projet avec ses ami.e.s
- 5.2.7. Discuter du projet à ses collègues, son employeur
- 5.2.8. Critères de sélection

5.3. Se tourner vers les réseaux socionumériques

- 5.3.1. Solliciter des conseils
- 5.3.2. Solliciter des témoignages de personnes ayant vécu le processus
- 5.3.3. Demander l'aide d'une tierce pour réaliser son projet parental
- 5.3.4. Offrir son aide en tant que tierce
- 5.3.5. Critères de sélection

6. Naviguer à travers les cadres normatifs

6.1. Droit

- 6.1.1. Solliciter, obtenir des conseils juridiques
- 6.1.2. Établir une entente conventionnée dans une autre province
 - 6.1.2.1. Clause de confidentialité (contrat)
- 6.1.3. Fixer le remboursement des dépenses
- 6.1.4. Établir une entente informelle à l'amiable

6.2. Médecine

- 6.2.1. Suivre, négocier le protocole médical
- 6.2.2. Rencontrer la psychologue, la travailleuse sociale
- 6.2.3. Signer les formulaires requis
- 6.2.4. Voir sa démarche évaluée par un comité éthique
- 6.2.5. Évaluer le système médical d'aide à la procréation
- 6.2.6. À propos des standards de soin

6.3. État

- 6.3.1. S'informer à propos des congés parentaux et de maternité
- 6.3.2. Éviter de se perdre dans les dédales administratifs
- 6.3.3. À propos du programme québécois de procréation assistée
 - 6.3.3.1. Adoption de la Loi 20 au Québec

7. Négocier une entente

- 7.1. Identifier et exprimer ses propres besoins
 - 7.1.1. Refuser la prise d'hormones, la stimulation ovarienne
 - 7.1.2. Craindre les échecs, manquer d'enthousiasme
- 7.2. Entendre les besoins et les préoccupations de l'autre
- 7.3. Ne pas aborder certains sujets, « passer le pont quand on sera arrivés »
- 7.4. S'informer sur le processus
- 7.5. S'approprier
 - 7.5.1. Noter une différence de classes sociales
- 7.6. Saisir la période ou le moment opportun
- 7.7. Consentir au projet et aller de l'avant dans le processus
 - 7.7.1. Retirer son consentement, mettre fin au projet
 - 7.7.2. Processus menant à l'interruption volontaire de grossesse
 - 7.7.3. Relations avec les PI
 - 7.7.4. Répercussions sur sa vie et celle de sa famille
- 7.8. Éléments de négociation
 - 7.8.1. Restrictions alimentaires
 - 7.8.2. Restrictions pour les loisirs et les activités sociales
 - 7.8.3. Interventions cliniques et tests médicaux
 - 7.8.4. Plan de naissance
 - 7.8.5. Lieu et accompagnement pour la naissance
 - 7.8.6. Déroulement et personnes présentes aux examens médicaux
 - 7.8.7. Personnes présentes à l'accouchement et déroulement
 - 7.8.8. Remboursements des dépenses
 - 7.8.9. Assurances médicaments
 - 7.8.10. Montant d'argent
 - 7.8.11. Cadeaux
 - 7.8.12. Projets futurs, 2^e don ou GPA
 - 7.8.13. Congés
 - 7.8.14. En cas de décès des PI
 - 7.8.15. Interruption volontaire de grossesse, avortement
 - 7.8.16. Rôle de la tierce
 - 7.8.17. Allaitement, colostrum
 - 7.8.18. Contacts entre la tierce et l'enfant

8. Mettre en pratique la gestation pour autrui

Avant la grossesse

- 8.1. Préparer son corps pour l'implantation de l'embryon, insémination
- 8.2. Annoncer l'échec ou le succès de la fécondation

Pendant la grossesse

- 8.3. Être présente et participer au suivi médical
 - 8.3.1. Échographie
 - 8.3.2. Connaître et dévoiler le sexe du bébé
 - 8.3.3. Tests génétiques
 - 8.3.4. Pratiques des professionnels
 - 8.3.5. Aménager son horaire, prendre congé
- 8.4. Garder contact, interagir ensemble
 - 8.4.1. Sentiments, réactions
 - 8.4.2. Vivre la grossesse, expérience du conjoint de la FP
 - 8.4.3. S'adresser au fœtus
- 8.5. Faire des achats pour la grossesse ou le futur bébé
 - 8.5.1. Séance photo
- 8.6. Organiser ou assister au *baby shower*
- 8.7. Craindre la fausse couche
- 8.8. Vivre un deuil périnatal
 - 8.8.1. Imprévisibilité de l'événement
 - 8.8.2. Pertes multiples
 - 8.8.3. Lien affectif envers l'enfant
 - 8.8.4. Enjeux de reconnaissance
 - 8.8.5. Accouchement
 - 8.8.6. Congés

L'accouchement

- 8.9. Accoucher de l'enfant
 - 8.9.1. La place des PI pendant l'accouchement
 - 8.9.1.1. Le rôle et la place de la mère
 - 8.9.1.2. Le rôle et la place du père
 - 8.9.2. Pratiques des professionnels
 - 8.9.3. Sentiments de la FP
- 8.10. Toucher l'enfant dès les premiers moments
 - 8.10.1. Contact peau à peau
- 8.11. Couper le cordon ombilical

- 8.12. Conséquences imprévues de l'accouchement
 - 8.12.1. Répercussions sur la vie de la FP

Les premiers moments après la naissance

- 8.13. Donner le premier lait (colostrum)
- 8.14. Prendre soin de l'enfant aux premières heures
- 8.15. Partager ou non la même chambre
- 8.16. Prendre un moment seule avec l'enfant (FP)
- 8.17. Quitter l'hôpital, la maison de naissance
- 8.18. Attachement de la FP envers l'enfant

Après la naissance

- 8.19. Allaiter l'enfant
- 8.20. Tirer son lait
 - 8.20.1. Banque Héma-Québec

9. Mettre en pratique le don d'ovules

- 9.1. Être présente et participer aux suivis médicaux, procédures pré-ponction
 - 9.1.1. Maintenir l'enthousiasme, stimuler la motivation
 - 9.1.2. Craindre la fausse couche
 - 9.1.3. Prendre soin de l'autre
 - 9.1.4. Apprendre des choses sur son propre corps
 - 9.1.5. Effets secondaires
- 9.2. Adapter son quotidien
 - 9.2.1. Aménager son horaire
 - 9.2.2. Adapter sa vie de couple
- 9.3. Faire face à la douleur
 - 9.3.1. Procédures médicales, manipulations
 - 9.3.2. En cas de complications
 - 9.3.3. Premiers moments après la ponction
 - 9.3.4. Conséquences futures des procédures médicales
- 9.4. Réagir au résultat de la ponction
 - 9.4.1. Se réjouir de la quantité ou la qualité des ovules prélevés
 - 9.4.2. Être déçue du résultat
- 9.5. Réagir au résultat de l'implantation de l'embryon
 - 9.5.1. Se réjouir
 - 9.5.2. Faire le deuil, vivre un sentiment d'échec
 - 9.5.3. Sources de soutien
- 9.6. Se positionner par rapport à la femme porteuse qui recevra l'ovule/embryon
- 9.7. Décider du sort des ovules/embryons non utilisés

- 9.8. Maintenir ou non le contact pendant la grossesse
- 9.9. Au moment de l'accouchement
 - 9.9.1. Observer l'enfant, remarquer les similitudes physiques
 - 9.9.2. Se sentir (ou non) attachée à son enfant
- 9.10. Première rencontre entre la DO et l'enfant issu de son don
- 9.11. Allaiter son enfant

10. Construire le récit familial

Établir la filiation

- 10.1. Devenir mère en accouchant de son enfant (MI, DO)
- 10.2. Devenir mère en adoptant son enfant (MI)
 - 10.2.1. Se plier au processus d'adoption par consentement spécial
 - 10.2.2. Obtenir le jugement de la Chambre de la jeunesse
 - 10.2.3. Bénéficier du congé parental d'adoption
- 10.3. Ne plus être mère en se départant de ses droits parentaux (FP)
 - 10.3.1. Si les PI changent d'idée après la naissance
 - 10.3.2. Conserver sa filiation maternelle en tant que FP
- 10.4. Choisir le nom de famille de l'enfant

Dévoiler ou non les circonstances de la conception de l'enfant

- 10.5. Vouloir maintenir le secret des origines de l'enfant
- 10.6. Intégrer la tierce dans l'histoire familiale
 - 10.6.1. En parler dès le départ
 - 10.6.2. Prévoir en parler plus tard
 - 10.6.3. Points de vue des enfants de la tierce

Situer sa place dans le système familial

- 10.7. Intégrer le système de parenté des PI
 - 10.7.1. Parenté formelle
 - 10.7.2. Parenté informelle
- 10.8. Arrimer les réseaux amicaux des PI et de la tierce
- 10.9. Se définir après la naissance de l'enfant & niveau d'implication
 - 10.9.1. En cas de décès des PI : nommer les tuteurs dans le testament
 - 10.9.2. Éducation, discipline de l'enfant
 - 10.9.3. Scénarios futurs : la fête des mères, à l'adolescence, etc.
 - 10.9.4. Présence aux anniversaires, fêtes familiales, etc.

11. Offrir des conseils

- 11.1. Sur le plan relationnel
- 11.2. Identifier les bonnes sources d'information
- 11.3. Procédures médicales et techniques
- 11.4. Considérer les points de vue des membres de l'entourage

12. Formuler des recommandations

- 12.1. **Encadrement légal**
 - 12.1.1. Contrat
 - 12.1.2. Établissement de la filiation
 - 12.1.3. Anonymat des dons de gamètes
 - 12.1.4. Avoir déjà été enceinte (FP)
- 12.2. **Rémunération**
 - 12.2.1. Femme porteuse
 - 12.2.2. Donneuse d'ovules
- 12.3. **Circuits transnationaux**
- 12.4. **Pratiques professionnelles**
 - 12.4.1. Soutien psychosocial
 - 12.4.2. Suivi médical, création d'un registre
- 12.5. **Programme de procréation assistée**

13. Poser un regard rétrospectif sur son expérience

- 13.1. **Retombées positives**
 - 13.1.1. Parler de ce qu'on a fait
 - 13.1.2. Résilience et forces développées
- 13.2. **Retombées négatives**
 - 13.2.1. Ce qu'on ferait différemment
 - 13.2.2. S'être sentie utilisée

Annexe 7. Formulaire d'engagement à la confidentialité

Cette étude est réalisée par Kévin Lavoie, doctorant en sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal, sous la direction de madame Isabel Côté, professeure agrégée au département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais.

Il m'a été expliqué que :

1. Le but de la recherche est d'explorer l'expérience des femmes concernées par la gestation pour autrui et le don d'ovules au Canada.
2. Pour réaliser cette étude, l'équipe de recherche mène des entrevues semi-dirigées auprès de participantes issues de différentes régions du Québec et du Canada. Par la signature d'un formulaire de consentement écrit, un·e représentant·e de l'équipe de recherche s'engage auprès des participantes à assurer la confidentialité des données recueillies.
3. Dans l'exercice de mes fonctions d'assistant·e de recherche chargé·e de la transcription des entrevues, j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement écrit signé avec les participantes et je m'engage à :
 - Assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participantes ou toute autre donnée permettant d'identifier une participante, un organisme ou des intervenant·e·s des organismes collaborateurs, et ce, non seulement durant la durée du projet, mais également lorsque celui-ci sera complété;
 - Assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
 - Ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

Je, soussigné·e, _____ ,
m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurai accès.

Signature : assistant·e de recherche

Date : _____

Signature : chercheur (Kévin Lavoie)

Date : _____

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal, n° d'approbation CERAS-2016-17-101-D.

Si j'ai des questions à propos de la recherche, je peux contacter Kévin Lavoie, le chercheur responsable, par téléphone ou par courriel.

Annexe 8. Questionnaire factuel

Les questions suivantes n'ont pour but que de dresser un portrait général des participantes. Aucune des réponses fournies ne servira à identifier une participante et toutes les informations fournies demeureront confidentielles.

1. **Date de naissance (jj/mm/aa) :** _____

2. **Âge (au moment de l'entrevue) :** _____ ans

3. **Orientation sexuelle :** _____

4. **Statut conjugal actuel**

- Célibataire
- En couple / conjointe de fait
- Mariée
- Séparée ou divorcée
- Veuve

Si en couple, depuis combien de temps : _____ ans

5. **Dernier niveau de scolarité complété :** _____

6. **Statut professionnel**

- En emploi (temps plein)
- En emploi (temps partiel)
- Travailleuse autonome
- En recherche d'emploi
- En congé parental
- À la maison
- Étudiante
- Retraitée

7. **Revenu annuel**

- Moins de 20 000\$
- 40 000\$ – 49 000\$
- 70 000\$ – 79 000\$
- 100 000\$ et +
- 20 000\$ – 29 000\$
- 50 000\$ – 59 000\$
- 80 000\$ – 89 000\$
- 30 000\$ – 39 000\$
- 60 000\$ – 69 000\$
- 90 000\$ – 99 000\$

8. **Nombre d'enfant(s) conçu(s) naturellement ou adopté(s) :** _____

9. **Nombre d'enfant(s) conçu(s) par GPA ou par don d'ovules :** _____

	Enfant(s) conçu(s) naturellement ou adopté(s)	Enfant(s) conçu(s) par GPA ou par don d'ovules
1	Prénom : Date de naissance :	Prénom : Date de naissance :
2	Prénom : Date de naissance :	Prénom : Date de naissance :
3	Prénom : Date de naissance :	Prénom : Date de naissance :

