

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE D'ORAN**

**FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE**



**LE RECOURS DES COUPLES STERILES A LA PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE (PMA)
ETUDE DE QUELQUES TRAJECTOIRES**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME
DE MAGISTERE EN SOCIOLOGIE DE LA SANTE**

**PRESENTE PAR : Melle BENABED AICHA
SOUS LA DIRECTION DE : MR. LE PROFESSEUR
MOHAMED MEBTOUL**

2009/2010

**A celui qui m'a appris que jusqu'à la mort,
la vie est un engagement de tous les instants, un
perpétuel combat. A toi mon père
A mes enseignants, mes amis (es) et tous ceux qui
me sont chers...**

REMERCIEMENTS

Ce travail est réalisé dans le cadre du mémoire de magistère ayant nécessité de multiples aides des personnes qui méritent d'être remerciés. Je tiens d'abord à remercier mon directeur de recherche, Monsieur le Professeur Mohamed Mebtoul, université d'Oran, de m'avoir orienté dans mon travail. Qu'il trouve ici, l'expression de ma gratitude pour l'honneur qu'il me fait en dirigeant ce travail avec efficacité, pour ses précieux conseils et suggestions ainsi que pour le temps qu'il m'a consacré.

Je remercie Mr Mohamed Merzoug, université d'Oran pour les conseils et les encouragements prodigués lors de la conception et de la rédaction de ce travail.

Je remercie également Mr Boudjal, université d'Oran, pour la confiance qu'il m'a témoigné.

Je remercie vivement le Professeur Mr Ali Kouadria, recteur de l'université de Skikda. Je voudrai encore lui exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour la disponibilité dont il a fait preuve d'avoir accepté d'examiner et de juger ce travail.

Je remercie également les équipes de recherche du laboratoire GRAS, université d'Oran. Je garderai un souvenir chaleureux de nos stimulants échanges. Ils sont des atouts précieux pour la réussite. Je les en remercie chaleureusement. La liste de mes remerciements ne serait pas complète sans mentionner les personnes interrogées (familles et professionnels) qui m'ont donné leur confiance et procuré les renseignements nécessaires pour réaliser ce travail.

Je ne saurai oublier ici, mes supérieurs hiérarchiques, mes collègues et mes ex-collègues de travail qui ont su alléger et faciliter mes devoirs professionnels. Pour cela, je leur adresse mes vifs remerciements.

Enfin, mes pensées se tournent vers mes parents qui ne sont plus de ce monde pour voir ce travail enfin achevé. Je remercie infiniment ma famille et en particulier mon frère, mes sœurs et mes nièces pour leur aide, la compréhension et le soutien inconditionnel dont ils ont fait preuve tout au long de ces années.

A toutes les personnes que je n'ai pas cité et qui m'ont aidé et soutenue, un grand merci.

SOMMAIRE

Sommaire	03
INTRODUCTION GENERALE	06
Raisons du choix du thème.....	07
Posture de recherche.....	09
Parcours méthodologique.....	10
Caractéristiques des couples enquêtés :.....	13

PREMIERE PARTIE:

LES RAISONS DU RECOURS A LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

CHAPITRE I : LA PROCREATION AU LABORATOIRE

I.I.1. La procréation médicalement assistée	18
I. I.2. Description de la structure médicale	21
I. I.3. La discrétion dans le recours à la PMA.....	24
I. I.4. Le rôle de la belle-mère dans la décision du recours aux soins thérapeutiques.....	26

CHAPITRE II : LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA STERILITE

I. II.1. La stérilité comme maladie.....	30
I. II.2. La femme coupable de stérilité.....	32
I.II.3. La stérilité et sa stigmatisation.....	35
I. II.4. Le déni de la stérilité masculine.....	38
I. II.5. La sacralisation de la famille.....	42

DEUXIEME PARTIE:

LE PROCESSUS DU RECOURS A LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSITEE.

CHAPITRE I : LE PARCOURS DES COUPLES DANS LA PMA

II. I.1. Les couples au début des consultations.....	45
II. I.02. Le recueil de sperme	47
II. I.03. Identité sexuelle masculine.....	48
II. I.03. Le vécu des couples pendant le recours à la PMA.....	50
II. I. 03. A. Une sexualité reproductrice.....	52
II. I. 03. B. Une sexualité non satisfaite liée au traitement.....	55
II. I. 04. Les couples dans le bloc opératoire	53
II. I. 04. A. La ponction:.....	53
II. I. 04. B. Le transfert :.....	58
II. I. 05. Attente des couples après la FIV, le verdict de l'intervention.....	60
II. I. 06. Le parcours des couples face à l'échec.....	61
II. I. 07. L'âge comme facteur angoissant.....	64
II. I. 08. Le renoncement de recommencer la tentative.....	65
II. I. 09. La réussite.....	67

CHAPITRE II : LES ENJEUX DE LA PMA

II. II. 01. La procréation et les contraintes économiques des couples.....	71
II. II. 02. Entraide et solidarité	73
II. II. 03. La technique et le corps des femmes.....	75
II. II. 04. La PMA et la question d'éthique.....	78
II. II. 06. La congélation et le destin des embryons surnuméraires.....	80
II. II. 05. La technique de procréation et les normes religieuses.....	82

CHAPITRE III : LA QUETE DU LIEN SOCIAL

II. III. 01. L'adoption.....	86
II. III. 02. Procréation et lien du sang.....	88
II. III. 03. Stérilité et gestion personnelle.....	89
II. III. 04. Filiation biologique ou filiation sociale.....	91
CONCLUSION GENERALE.....	94
BIBLIOGRAPHIE	96
ANNEXE.....	101
GUIDE D'ENTRETIEN.....	101
TABLEAU RECAPITULATIF DES PERSONNES ENQUETES.....	105
DEFINITIONS	108

INTRODUCTION GENERALE

RAISONS DU CHOIX DU THEME

Les différentes étapes qui aboutissent à la procréation et à la reproduction sociale se déroulent dans le cadre de projet d'enfants. Ce projet débute avec la construction et la reconnaissance familiale et sociale du couple pour élever leurs enfants, les éduquer, leur transmettre les savoirs, les biens et les cultures.

Cependant, les personnes infertiles ou stériles¹ n'arrivent pas à réaliser ce projet. L'infertilité est une épreuve pour le couple. C'est une affaire individuelle qui n'a pas la même signification pour tout le monde. L'infertilité peut signifier une incapacité, un blocage, une atteinte à la féminité ou à la virilité, ou un premier échec pour des couples habitués aux succès ou au contraire un nouvel échec pour des individus qui les accumulent. L'infertilité renvoie à des choses différentes. Elle est vécue de manière plus ou moins dramatique. Ces personnes cherchent à recourir aux soins traditionnels et modernes.

Notre choix du thème est lié à notre lien de voisinage avec une femme qui a longtemps espéré avoir un enfant et qui a recouru à la technique de procréation médicale assistée (PMA ²), notamment deux inséminations artificielles et une fécondation in vitro. Elles ont toutes échouées. Le recours à cette technique a été à l'origine du conflit conjugal, qui a pris de l'ampleur en aboutissant à un bouleversement et un désordre socio familial.

Nous avons été touchés par la souffrance de cette femme confrontée une situation complexe. Il y a non seulement le désir immense de réaliser son projet d'enfant, mais aussi l'idéologie contraignante de sa belle famille particulièrement la belle mère qui considère que

1 Selon le médecin gynécologue du centre El Mawloud: Un couple infertile éprouve de grandes difficultés à procréer de manière spontanée. Un couple stérile n'a aucune chance d'y arriver sans assistance médicale et même parfois en y recourant. Au-delà de l'aspect scientifique du problème, la stérilité ou l'infertilité, les deux introduisent souvent un drame dans la famille. Notre objectif d'utiliser les termes de stérilité ou d'infertilité est pour montrer le sens de ce drame familial.

2 La procréation médicalement assistée ou (PMA), également appelée assistance médicale à la procréation (AMP), est un ensemble de pratiques cliniques et biologiques où la médecine intervient plus ou moins directement dans la procréation. La PMA ne se réduit pas à la fécondation in vitro (FIV) qui n'en n'est qu'une de ses méthodes. La responsable du centre de procréation nous expliquait : « Dans la fécondation in vitro (FIV), il y a une anomalie au niveau des trompes de la femme (elles sont bouchées par exemple), qui empêche les spermatozoïdes et les ovules de se rencontrer. Il y a le cas de spermatozoïdes déficients en quantité et en qualité. Enfin, il y a les stérilités inexplicables. Le principe de la FIV consiste à contourner cet obstacle en provoquant une sorte d'ovule chez la femme. Nous recueillons par une technique les ovocytes chez la femme et, concomitamment, le sperme de son conjoint. Nous mettons les deux produits en contact dans une machine appelée incubateur, après plusieurs étapes. Pendant 48 à 72 heures, nous surveillons la division cellulaire. Au bout de ce temps, nous avons un ou plusieurs embryons qui se forment en fonction du nombre d'œufs que nous avons pu obtenir. Nous les réimplantons chez la femme. Au bout de deux semaines, la grossesse est confirmée par un test. La dernière technique est l'injection intra-cytoplasmique de sperme (ICSI). Elle est indiquée chez les couples où la quantité de spermatozoïdes est très insignifiante. C'est dire que vous retrouvez un nombre inférieur à 500 000 spermatozoïdes, sachant que le pouvoir de fécondité est au minimum de 20 millions de spermatozoïdes. Nous sélectionnons, de ce fait, les meilleurs et les introduisons directement dans l'ovocyte avec un appareil spécial appelé micro-injecteur ». Voir l'annexe.

ces techniques de procréation ne sont pas conformes à la tradition, doutant de la filiation de l'enfant issu de cette technique.

Nous avons pu observer le courage exemplaire de cette femme qui a osé affronter sa belle famille et son entourage et à se débrouiller pour mobiliser toutes ses ressources relationnelles, matérielles et financières. Cette femme a subi une série d'échecs.

Le lien d'amitié (notre amie est assistante biologique au centre de procréation médicalement assistée à Oran) a représenté nous donne l'autorisation pour nous appuyer d'approfondir l'analyse du recours à cette technique de PMA.

Quand notre amie nous rendait visite à domicile, la technique de la procréation médicalement assistée était source de discussion. En outre, le sujet était souvent appréhendé par les chaînes arabes et européennes. De grands gynécologues, biologistes et sociologues, tels que Jean Testard, Eric Fassin, évoquaient leur succès, les limites de cette technique et la souffrance des couples stériles. Chacun d'entre eux l'examine sous l'angle de sa spécialité.

Le débat social en Algérie est souvent invité parce qu'il questionne l'idéologie patriarcale dans tous ces aspects notamment la virilité.

Les progrès technologiques et biomédicaux notamment la procréation médicalement assistée ne sont pas restés sans effet sociétal. La prétention de la médecine moderne à « guérir » la stérilité des couples par les nouvelles techniques de reproduction entraîne une série d'effets. Derrière cette intention de réaliser le désir d'enfant, apparaissent des enjeux sociaux, économiques et sanitaires. En grande partie, ce sont les femmes qui paient le prix de ces enjeux à partir de son rôle spécifique dans la reproduction. Elles deviennent objets de pratiques expérimentales. En fait, la reproduction occupe aussi une place centrale en démographie, parce qu'elle est un maillon essentiel dans l'étude de la dynamique des populations. Elle prête à des analyses très variées en raison de l'immixtion entre facteurs biologiques, comportements individuels et normes sociales. Et pour pallier une infécondité ou la stérilité c'est donner à cette notion démographique (absence d'enfant) le statut de « maladie ». Si la présence d'un enfant est signe de santé et de bien être pour le couple, l'absence d'enfant devient une souffrance, un malaise pour un autre. Le couple devient dessaisi de son désir d'enfant. Par conséquent, pour lutter contre la stérilité, l'équipe médicale cherche à contourner les différentes anomalies par la technique du PMA.

Notre posture de recherche

La recherche sur la procréation artificielle est confrontée à des contraintes spécifiques : la première est que cette technique touche l'intimité du couple, de sa vie privée qui ne regarde que le couple concerné. La deuxième, à notre avis, c'est que dans notre pays, cette pratique médicale relève des sujets peu traités d'un point de vue sociologique. La stérilité est vécue comme une blessure de l'identité sexuelle des hommes et des femmes. La troisième, c'est que l'usage de cette pratique est confronté aux différents aspects de la société (aspects normatifs, éthiques).

Notre posture de recherche ne s'inscrit pas dans une perspective de jugement moral. La technique de procréation artificielle est-elle licite ou illicite ? Mais elle s'inscrit dans une logique de compréhension. Nous tentons de décrire le parcours des couples stériles ayant recours à cette pratique loin de tout étiquetage. Notre posture socio anthropologique consiste à décrypter les discours émis des interviewés.

Notre perspective de recherche s'appuie principalement sur les travaux d'Erving Goffman (1975) notamment la notion de stigmaté qu'il définit de la façon suivante : « un individu est dit stigmatisé lorsqu'il présente un attribut qui le disqualifie lors de ses interactions avec autrui. Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité ». En outre les recherches de Pierre Bourdieu sur la domination masculine (1984), nous ont semblé importantes pour appréhender la question de la stérilité en Algérie. Il écrit notamment : « la division entre sexe est présente à la fois à l'état objectivé dans les choses (dans la maison), dans son monde social, à l'état incorporé dans le corps, dans les habitus des agents, fonctionne comme système de schèmes de perception de pensée et d'action. Quant à la variété des rapports des pouvoirs entre sexe dans les différentes sociétés, c'est sans doute à la famille que revient le rôle principal dans la reproduction de la domination de la vision masculine ».

Notre étude tente de mettre au jour le processus du recours à la procréation médicalement assistée dont le but de faire face à la stérilité des femmes et des hommes dans le contexte algérien. Aborder cette technique comme objet sociologique permet d'approfondir certaines questions liées à la famille et à la santé. Il nous a semblé pertinent d'interroger l'usage social et culturel de cette technique médicale au sein de la famille algérienne dominée par l'idéologie patriarcale. Autrement dit, la stérilité dans la société Algérienne est articulée à la question centrale des rapports sociaux des sexes. La stigmatisation principalement à l'égard de la femme stérile est prégnante au sein de l'institution familiale qui intègre des inégalités et

des différences selon le sexe et l'âge au profit des hommes. A partir des trajectoires des couples stériles, nous avons tenté de comprendre leurs expériences vécues face à la stérilité.

Sachant que cette technique médicale est pratiquée exclusivement dans des cliniques privées de santé à but lucratif, il nous semble important de formuler un ensemble des interrogations importantes: qui sont les personnes qui consultent les centres de procréation ? Comment ont-ils recours à cette technique ? Pourquoi les familles et particulièrement les hommes attribuent-ils le problème de stérilité à la femme uniquement ? Qui décide de recours ? A quel moment ? Comment font-ils pour payer le coût des interventions? Quel est l'effet de cette pratique sur le corps des femmes? Comment continuent t-ils à multiplier les tentatives ? Que représente la réussite pour eux ? Comment vivent-ils l'échec de la fécondation in vitro ? Que font-ils après les échecs ?

A partir de ces interrogations, une analyse est menée dans une perspective socio-anthropologique. Dans le domaine de la reproduction, cette question est particulièrement complexe du fait de sa charge émotionnelle. Sa sacralisation soulève des enjeux fondamentaux et diversifiés.

Parcours méthodologique

Nous avons débuté notre recherche par une pré-enquête. Lors de notre première visite à notre amie, et dans la salle d'attente, l'opportunité nous a été donnée d'écouter les discours des patientes, d'observer leurs comportements (hommes et femmes) et même d'y prendre part pendant plusieurs séances avant que la directrice du centre de procréation nous donne l'accord définitif. L'observation directe et l'écoute empathique nous ont aidées à nous familiariser avec ces personnes. Les femmes enquêtées nous ont considérés comme une patiente. Elles nous racontaient leurs parcours et leurs problèmes.

Nous étions aussi observés. La relation entre l'observateur et l'observé n'est pas de l'ordre de la stabilité. Il y a des variations. La position de l'observé par rapport à celle de l'observateur n'est pas la même. Faire des entretiens c'est aussi être acteur dans une situation, être témoin d'action.

Les femmes nous posaient des questions. Elles voulaient savoir notre expérience. Nous répondions spontanément que nous étions célibataires. Nous leur avons expliqué l'objectif de notre recherche. Elles nous demandaient si la technique était douloureuse et les taux de réussite. Les hommes aussi nous posaient des questions : Comment les spécialistes traitaient les gamètes ? N'y avait-il pas risque de permutation de sperme ? Aussi, il est important de signaler qu'au départ, les personnes enquêtées confondaient le statut de chercheur avec le statut de psychologue et parfois d'assistante sociale. La confusion des rôles était levée grâce à notre longue investigation auprès de ces personnes.

Nous avons suivi au départ une méthodologie de recherche classique. Le travail de documentation a été principalement effectué en bibliothèque. La majorité des ouvrages étaient d'ordre anthropologique, sociologique, juridique et médical. Les éléments bibliographiques ont permis de nous familiariser avec le thème pour mieux affronter le terrain.

Notre démarche s'est appuyée au départ sur le journal de recherche. Nous n'hésitions pas à noter toutes les données concernant le fonctionnement de la clinique. L'important était de noter immédiatement les informations. Le journal permettait d'obtenir une chronologie des données. Au sein de notre domicile, nous récapitulions des informations importantes. Le travail de pré enquête nous a aidés à faire ressortir les éléments clé et des différentes dimensions. La consultation d'ouvrages concernant notre thème, a fait l'objet de notes de lecture. Nous avons créé des rubriques qui nous ont aidés à construire notre plan de mémoire. Tout ce travail préliminaire a permis au mieux structurer notre champ de la recherche et construire notre guide d'entretien.

Nous avons mené nos investigations au centre de procréation médicalement assistée El Mawloud, le seul centre régional de l'ouest algérien à caractère privé, et au sein des domiciles des couples. Pour recueillir nos données, nous avons utilisé deux méthodes en privilégiant l'observation et les entretiens individuels approfondis. Ces techniques croisées de façon complémentaire. L'objectif de notre travail d'enquête est de tenter de comprendre et d'analyser le discours et les pratiques des acteurs sociaux (hommes et femmes stériles et professionnels de santé, les belles-mères). C'est comprendre leurs logiques, leurs pratiques et toute l'interaction donnant sens à la société (Fassin, D, 1990).

Notre enquête s'est déroulée durant quatorze mois. Nous avons effectué les entretiens répétés avec un groupe de quinze couples, deux médecins gynécologues, cinq belles mères côté hommes et dix belles mères côté femmes, secrétaire d'accueil, un agent technique. Le nombre de couples a été fixé en fonction des contraintes de sujet traité. Au début de notre enquête, six hommes ont refusé de collaborer, en faisant valoir l'intimité de la question. La longue durée passée à la clinique et la posture favorable des enquêtés a permis de construire un rapport de confiance auprès des femmes et des hommes. Dans un premier temps, notre présence dans les différents lieux (salle d'attente, au bloc opératoire, le bureau de l'assistante biologique..., a été bénéfique pour écouter les discours des couples, observer leurs comportements et leurs pratiques. Certains entretiens se sont déroulés au centre. Ils ont duré entre une heure et deux heures selon la situation des couples et leurs états psychologiques. Il nous a été possible de consulter les dossiers des patients tout en entretenant avec les professionnels de santé.

Dans un deuxième temps, d'autres entretiens ont été réalisés à domicile auprès des couples. Pour certains couples, il était important de ne pas dévoiler à la belle-mère la question du recours au centre de procréation médicalement assistée qui s'opère dans une logique de discrétion et de secret. Pour d'autres couples, la transparence a été de règle au sein de toute la famille, nous permettant de réaliser des entretiens avec les belles-mères.

Les réponses reçues, soulevaient d'autres questions qui suscitaient d'autres réponses. Des questions de relance étaient souvent imposées pour la poursuite du discours. Les propos des enquêtés ont été recueillis manuellement. Un seul couple qui a accepté l'enregistrement numérique.

Pour les couples habitant les wilayas avoisinantes comme la ville de Sidi Bel Abbes, Ain Témouchent et Tlemcen, il était nécessaire de se déplacer chez eux. Trois couples dont l'un venant d'Alger et deux de Constantine ont été interviewés au cours de nos déplacements dans ces villes pour des raisons professionnelles. Nous avons utilisé le téléphone pour développer certaines données. Il s'agit d'obtenir des réponses précises sur certaines questions. Ensuite ces déplacements nous ont permis d'assister au colloque national sur la procréation médicalement assistée et l'infertilité masculine en Algérie (Alger, mai 2007), regroupant des spécialistes et les couples concernés. Il y a eu coïncidence entre notre stage professionnel et la tenue du colloque.

En troisième temps, nous avons classé ces entretiens selon des critères permettant de « déterminer les variables cachées et qui expliqueraient les variations des différentes dimensions observables » (Demaziere, D, 1997). Nous procédions à l'analyse de chaque entretien, tout en nous appuyant sur des données théoriques. L'analyse des données était l'étape la plus difficile.

Il est totalement important de noter qu'avec l'aide de nos informateurs privilégiés, nous avons eu la possibilité de se déplacer à l'intérieur du centre disposant des techniques sophistiquées, des appareils de « culture » où l'équipe médicale traite les gamètes (les spermatozoïdes et les ovocytes). Le sujet sur la procréation médicalement assistée nous a permis d'enrichir nos connaissances dans le domaine de la biologie et du médical. Nous avons eu l'opportunité d'aider les femmes au bloc opératoire pendant l'intervention : changer les draps, veiller sur elles dès qu'elles se réveillent de l'anesthésie, les aider à s'habiller, à manger, à boire, les écouter, ... etc.

Certaines femmes insistaient pour que nous soyons présentes. Parfois, l'équipe médicale où les anesthésistes nous sollicitaient pour y rester auprès d'elles. Les femmes confrontées à cette technique pour la première fois, avaient très peur. Leur corps était mis en expérimentation. D'autres femmes ayant déjà pratiqué la fécondation in vitro s'inquiétaient davantage du

résultat de la PMA. Dans les moments, il nous est arrivé d'être affectée et stressée en observant l'état des femmes au bloc opératoire pour ponction et transfert. Des hommes sortaient du bloc opératoire avec la difficulté de marcher, le visage pâle, refusaient toute communication. Nous avons eu un problème de saignement pelvien et de douleur ovarienne. Nous avons été obligées de consulter le médecin gynécologue privé qui n'a repéré aucune anomalie organique en raison de la souffrance de ces femmes.

Les caractéristiques des personnes enquêtées :

Dans le choix des patients, nous avons pris en compte la diversité de leurs statuts sociaux (l'âge, le niveau d'instruction, le niveau économique, la situation géographique).

L'âge des femmes varie entre 28 et 42 ans, et 32 à 58 ans chez les hommes. L'identification de l'âge est importante dans la mesure où elle aide à comparer les uns et les autres. L'enquête a démystifié l'âge comme facteur très important de la stérilité. Nous avons constaté de jeunes couples âgés moins de 28ans souffrent de stérilité.

Les couples consultent le centre de procréation pour un seul objectif : pallier au problème de stérilité. Les causes de leur stérilité sont multiples. L'homme est aussi impliqué dans la stérilité que la femme. C'est une affaire du couple. Il existe des facteurs mécaniques, organiques, hormonales et psychologiques qui empêchent le couple d'avoir un enfant. Chez l'homme, c'est généralement la mauvaise qualité du sperme. En revanche chez la femme, ce sont les troubles de l'ovulation, les infections et le retardement de la procréation jusqu'à un âge un peu avancé. La majorité des couples d'origine stérilité masculine ont recours à cette technique de procréation.

Il existe deux types de stérilité. L'un est primaire. L'autre est secondaire. Parmi les quinze couples enquêtés, neuf couples présentent une stérilité primaire, aucune grossesse ne s'est encore déclarée dans le couple après deux ans de vie sexuelle normale sans aucun moyen de contraception. Le reste des couples présente une stérilité secondaire : un couple ayant déjà eu un ou plusieurs enfants ne peut pas concevoir ou porter à terme un autre bébé.

Les couples ayant recours au centre viennent de toutes les régions d'Algérie. Certains ont recours pour la première fois à cette technique. D'autres viennent, après un échec, consulter de nouveau les médecins de ce centre. Ces couples consultent le centre à partir d'une triple orientation : la première est celle du médecin traitant, la deuxième est liée à l'information diffusée par les medias et la troisième provient de façon informelle par la médiation du réseau familial et de voisinage.

Au départ, il nous a semblé que seules les personnes aisées ont la possibilité d'accès aux soins dans les cliniques privées. Or notre enquête nous a montré que les personnes sont dans des catégories très diversifiées. Nombreuses sont issues des couches moyennes. Des familles défavorisées au statut précaire viennent aussi consulter.

Leur niveau d'instruction est très variable du primaire et niveau supérieur. Il est un des indicateurs déterminants de la formulation de nos questions. Ceci nous a commandé de discuter en arabe dialectal pour écarter toute contrainte.

La durée de vie du couple nous a semblé importante dans la trajectoire et dans l'analyse de processus du recours à la PMA. Elle indique le degré de souffrance au sein du couple. La stérilité représente un fait social négatif. Un couple ayant vécu cinq ans de stérilité, n'est pas le couple qui a enduré dix huit ans pour avoir un enfant. Il n'est pas dans la même situation. Certains couples ne sont pas passifs. Ils continuent à multiplier les interventions malgré les échecs d'où la radicalisation des conflits au sein du couple.

Nous avons structuré notre mémoire en deux parties. La première partie est composée de deux chapitres. En premier lieu, nous évoquerons quelques éléments pratiques de la procréation médicalement assistée en Algérie. Le recours se construit dans la discrétion. Par contre, chez certains la transparence est de règle. Devant la pression sociale particulièrement celle de la belle famille, les couples sont en état d'urgence de se remédier à la procréation médicalement assistée. Ensuite nous entamerons les raisons du recours à cette pratique. La dimension sociale de la stérilité perçue comme maladie. Une représentation qui valorise le statut de mère et touche la virilité de l'homme. La « femme complète » est l'expression systématiquement employée pour définir le statut de la femme ayant accédé à la maternité, et la virilité constitue l'attribut principal de l'homme. La venue de l'enfant apparaît comme une marque essentielle de l'identité sexuée et sociale de l'homme comme de la femme. La sacralisation de la famille est constamment soulevée dans le discours des couples comme élément stabilisateur de l'équilibre de la vie du couple. La stérilité est donc ressentie par les couples enquêtés comme étant stigmatisée. La technique de PMA représente la plus évidente alternative au confinement dans le désespoir d'hommes et de femmes. Elle est devenue courante dans les différentes structures privées implantées à travers le pays, telles que l'insémination artificielle avec conjoint (IAC), la fécondation in vitro (FIV) et la micro-injection (ICSI).

La deuxième partie est centrale. Elle est au cœur de nos préoccupations. Elle déterminera tout le processus du recours des couples stériles à la procréation médicalement assistée. Cette partie contient trois chapitres.

Dans le premier chapitre, nous soulevons les trajectoires des couples stériles dans le recours à la PMA. Nous essayerons de décrire le parcours des hommes et des femmes depuis la découverte de la stérilité par les investigations de la PMA. Nous invoquerons le vécu des couples stériles face aux résultats des interventions, les échecs et les réussites. D'autant plus, cette technique reste à ce jour incertaine. La chance de réussite est minime.

Le deuxième chapitre est consacré aux enjeux économiques et sanitaires notamment les difficultés économiques que rencontrent les couples pour financer toutes les interventions car elles ne sont pas toutes remboursées par la sécurité sociale. Encore faut-il souligner les effets pervers de cette technique spécialement sur le corps des femmes et sur la vie conjugale. En plus, cette technique soulève des problèmes éthiques et bouleverse les valeurs. Par conséquent, les couples subissent une violence verbale et symbolique. Ils sont stigmatisés en raison d'être stérile et d'avoir eu recours à la procréation médicalement assistée. Cette technique est étiquetée et représentée comme étant « illicite » pour lequel la position de la norme religieuse est fortement présente.

Le dernier chapitre exposera les stratégies pour vaincre la stérilité. La stérilité masculine est contestée. Le lien de parenté par le sang est très évoqué. A contrario, la quête de lien social représente une quête de sens. Par ailleurs, l'adoption n'est envisagée qu'après un long parcours de tentatives vouées à l'échec. Certains couples essaient de trouver des tactiques pour normaliser la situation et de vivre comme les autres individus. Dans ce contexte, nous tenterons aussi de montrer la dimension éthique et sociale de la PMA basée essentiellement sur la filiation. En conclusion, le vœu d'être parent devient une obligation sociale. En effet, cette technique constitue un projet de vie qui s'inscrit au cœur du quotidien de ces couples, pour lequel nous ouvrons quelques recherches ultérieures.

PREMIERE PARTIE
LES RAISONS DU RECOURS A LA PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE

CHAPITRE I : LA PROCREATION AU LABORATOIRE

L'objectif de ce chapitre vise à mettre l'accent sur la technique de la procréation médicalement assistée en Algérie et plus précisément à Oran.

La technique de la procréation médicalement assistée est une préoccupation très contemporaine. Dans cette partie, nous allons évoquer quelques éléments historiques de cette pratique. Il est important d'interroger les professionnels sur cette pratique. Il nous a semblé pertinent que la démarche descriptive est adéquate pour décrire l'espace médical. C'est un espace où se construisent les interactions entre les professionnels et les patients. C'est aussi un espace où la procréation médicalement assistée va se faire. Il va nous aider à mieux comprendre les logiques des couples envers cette pratique. Le recours va se construire dans la discrétion. Ceci explique que la stérilité fragilise le couple et accentue sa stigmatisation. La pression familiale et sociale est prégnante lorsque le recours à la PMA débute.

**CENTRE D'ASSISTANCE
MEDICALE A LA PROCREATION
EL MAWLOUD**



DOSSIER MEDICAL N° _____

Nom : _____

Prénoms : _____

Epouse de
Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Age : _____ Date : _____

I. I.1. LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

L'usage de cette pratique est considéré comme une réponse à la stérilité. Certaines causes de stérilité, relativement fréquentes, sont d'origine masculine et d'autres, par contre, sont féminines ou de causes inexplicables. La procréation médicalement assistée permet de réaliser la fécondation hors de l'organisme étant donné qu'elle ne peut pas se faire naturellement. C'est une technique en constante évolution : « Depuis trente ans les naissances de ces enfants sont banalisées tout au moins pour l'équipe médicale. Les projecteurs sont mis toujours sur la première naissance issue d'une technique expérimentale ou nouvelle³ ». (C. Dechamp-le roux), 2002.

La PMA a un écho favorable en Algérie. Elle va se développer rapidement grâce à la multiplication des centres de médecine de la reproduction qui ont pour mission la prise en charge des problèmes de stérilité chez le couple. Il existe actuellement neuf centres de PMA opérationnels dans le secteur privé répartis entre Alger, Oran, Annaba et Constantine. Elle vise, entre autres objectifs, à rendre le sourire à des couples dans l'impossibilité de procréer naturellement. Aujourd'hui, la PMA est un fait socialement admis. Elle a entraîné une conviction générale. Beaucoup de patients ayant été soumis à cette méthode ont procréé.

Cette pratique est devenue courante dans les différentes structures privées implantées à travers le pays tel que la fécondation in vitro, la stimulation ovarienne et la micro-injection et ce en fonction des troubles rencontrés. En Algérie, la première naissance issue de cette

³ C'est en 1791 que l'anglais Hunter pratique la première insémination artificielle humaine sur deux époux (IAC) un drapier et sa femme. En France il faudra attendre 1804 lorsqu'ils imaginent de recourir à l'insémination artificielle avec donneur (IAD). Les résistances vont surgir notamment l'église car la question de la filiation restera posée. Aux Etats-Unis, en 1884, la première IAD sera pratiquée avec un étudiant choisi pour ses résultats scolaires. Cependant, c'est à partir de 1940, grâce à Parker et aux techniques de congélation du sperme, que l'insémination artificielle sera facilitée, elle deviendra banale. Une deuxième étape sera franchie avec la FIV et le transfert de l'embryon, la fivete, l'enfant « éprouvette ». en 1978, Louise Brown, le premier bébé éprouvette naît près de Manchester annoncé par la gloire de Dr Edwards, trois ans plus tard. En France, René Friedman et Jacques Testart président à la naissance d'Amandine. Depuis, plusieurs enfants sont nés. Les chances de succès de cette technique de procréation ne dépassent pas, cependant, les 25% pour les couples demandeurs.

La procréation reportée dans le temps s'accompagne de la possibilité du choix du nombre d'implantation. L'implantation simultanée de plusieurs embryons a permis la naissance de jumeaux, en 1986, Audrey et Loïc. Puis des quadruplés naissent en Australie et à Melbourne, des jumelles Rebecca et Emma fécondées le même jour. Depuis, la technique a soulevé une nouvelle polémique sur les grossesses multiples et leurs conséquences, parfois dramatique, sur la vie familiale. Le lien de filiation se distend. Delà, la question s'est ainsi déplacée sur le moment d'émergence de la personne humaine et son individualisation, sur le statut de l'embryon. Dans le temps le cercle des interventions s'élargit. Les médias ont médiatisé la pratique de procréation, le secret des alcôves est partagé avec les spécialistes et les experts, la médicalisation favorise une socialisation de la procréation. Actuellement, en janvier 2007, à 28 ans, Louise Brown est devenue maman. Trente ans, c'est le temps qu'il faut à une génération pour se renouveler.

technique a eu lieu en 1996. A Oran, la petite Doha, premier bébé in vitro, est née le 14 juillet 2004 par insémination artificielle au centre de procréation médicalement assistée El Mawloud. Selon les spécialistes du centre El Mawloud, elles sont «parfaitement maîtrisées» par les spécialistes algériens. A cet égard, les centres PMA que compte l'Algérie «enregistrent des taux de réussite dépassant les 33% ce qui correspond aux normes internationales» 4.

Pour cela, L'équipe de cette clinique conseille vivement aux femmes de profiter de ce procédé avant d'atteindre l'âge de 38ans⁵. Selon les gynécologues « plus des deux tiers des cas traités sont de sexe masculin». Les causes de l'infertilité sont très variées. Chez l'homme, c'est généralement la « mauvaise » qualité du sperme qui en est la cause». En revanche, chez la femme, «les troubles de l'ovulation, les infections et le retardement de la procréation jusqu'à un âge quelque peu avancé sont les principales causes de son infertilité, et peu sont mal connues » 6.

L'équipe médicale du centre de procréation affirme que la procréation médicalement assistée est un tabou qui doit être brisé. En Algérie, «les interventions sont effectuées avec les propres gamètes du couple». Très rigoureuse, cette technique est un processus qui met en contact au laboratoire l'ovocyte et le spermatozoïde après stimulation de l'ovulation. Sa mise en pratique doit obéir strictement au code de la famille algérienne.

Pour certains couples, cette technique pratiquée dans notre pays est relativement moins couteuse qu'à l'étranger. Elle leur permet d'économiser l'argent du déplacement.

« Je refuse d'aller à l'étranger pour me soigner, parce que non seulement je n'ai pas les moyens, mais aussi je suis tranquille, ici c'est plus sûr, je suis tranquille, je n'ai pas de doute à ce que l'équipe médicale changera les spermatozoïdes du mari de ceux d'un autre homme ». (Entretien 04, enseignante, 29 ans).

Désormais, la possibilité de procréer et d'éprouver le plaisir d'être parent, n'est pas une utopie.

« Les praticiens maîtrisent aujourd'hui les techniques liées à cette pratique. *« Les algériens*

4 Selon les enquêtes nationales menées entre 1992 et 2002, la stérilité touche 7 % de couples en Algérie, soit près de 300 000 couples actuellement. Le taux de réussite des fécondations in vitro (FIV) varie entre 25 et 30 % dans les centres bien équipés, alors que pour l'IA (insémination artificielle), le taux oscille entre 9 et 10 %. Le quotidien d'Oran, 2007

5 L'insémination artificielle, la fécondation in vitro et le transfert d'embryon, appelée souvent fivète et la micro-injection intracytoplasmique constituent ces pratiques qui permettent d'assister médicalement le couple à surmonter son handicap à procréer. Cependant, ces chances varient en fonction de plusieurs éléments dont l'âge de la femme et les critères embryonnaires. « Dans ce contexte que si l'âge du mari n'affecte en rien les possibilités de procréer grâce à l'application de ces méthodes, le capital folliculaire commence à diminuer chez la femme à partir de l'âge de 38 ans, ce qui limite ses chances d'être mère.

6 La stérilité masculine en débat en Algérie, el moujahid, [http : //actualité. el- annabi.com/article.php?id=4189](http://actualité.el-annabi.com/article.php?id=4189).

n'ont plus besoin d'aller à l'étranger, précisément dans les pays voisins, pour se faire soigner. De même, ils n'ont plus besoin de se faire prescrire des médicaments pour leurs soins sur des ordonnances envoyées par fax ». Gynécologue du centre.

Durant notre séjour professionnel à Alger, les couples enquêtés originaires de l'est du pays, nous ont invités à assister à une rencontre scientifique sur la stérilité masculine organisée par les centres de procréation assistés regroupant les spécialistes algériens et des responsables des laboratoires médicaux et pharmaceutiques. Nous avons observé quelques couples assis au fond de la salle. Dans leur regard, on lisait tantôt de la détresse, tantôt une demande d'aide aux praticiens afin de leur offrir la chance de procréer.

« Nous nous sommes déplacés d'Alger, mon épouse et moi pour tenter une PMA. Les spécialistes nous l'ont précisé 30% de possibilité de réussite. Depuis, nous vivons comme dans un rêve et nous souhaitons que notre rêve soit à la mesure de notre attente. Avoir un enfant et fonder une famille représente pour nous et pour ceux qui souffrent d'infertilité une chose sacrée ». (Entretien 28. Gérant d'entreprise, 50 ans).

La majorité des couples est informée en grande partie du processus de la PMA. Les médias et le réseau du voisinage jouent un rôle considérable dans la divulgation de cette technique d'aide médicale. Ces dernières années, la procréation médicalement assistée représente une alternative pour faire face à la souffrance des hommes et des femmes stériles. Après bien des hésitations, beaucoup de ces couples stériles se sont finalement ralliés à cette pratique.

I. I.2. LA DESCRIPTION DE LA STRUCTURE MEDICALE

Le centre de procréation médicalement assistée El Mawloud est le seul centre pour la région ouest situé à la rue Bouzeboudja (ex-Roland Garros) de Maraval, dans un lieu entouré de magasins de vente de différents produits en gros. Dans cet espace commercial, le bruit est gênant selon le personnel du centre. Situé dans une rue exigüe, les patients ont des difficultés pour stationner leur véhicule. Le centre est une villa. Sa localisation est provisoire, en attendant de trouver un autre local mieux aménagé. Le centre est composé de deux laboratoires d'analyse : un pour le spermogramme et l'autre pour les hormones et la sérologie du couple. Les résultats acquis sont essentiels pour orienter le couple soit vers la fécondation in vitro ou l'insémination artificielle. Le travail au laboratoire exige de la concentration et du calme.

Un médecin (femme) spécialiste en embryologie et en biologie de la reproduction est responsable du centre. *« J'ai reçu une formation pointue à l'étranger (Bordeaux) et je suis spécialiste en embryologie. C'est cette formation dans un domaine qui a beaucoup évolué en Europe qu'une première idée d'ouvrir un laboratoire m'est venue à l'esprit. L'idée a évolué en collaboration avec un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique »*. Le centre a ouvert en 2004. Dès sa première année, il a pu réaliser sa première fécondation in vitro (FIV).

Au rez-de-chaussée, la salle d'attente est remplie, autant la matinée à partir de 8 h qu'en fin de journée. Il s'agit d'une seule salle d'attente. Les hommes et les femmes partagent le même espace très confortable, muni de chaises neuves. Toutes les sales sont propres. Nous notons le silence, l'hygiène, la blancheur des murs et l'élégance du personnel, mais aussi des cadres de photos collées aux murs abordant les étapes de la conception embryonnaire de l'être humain. Elles exposent aussi le déroulement de la fécondation in vitro celui de l'introduction d'une pipette (seringue) contenant les gamètes males à l'intérieur de l'ovule. Il y a également des photos indiquant des versets coraniques. Des affiches rappelant des critères médicaux et administratifs en vue de la constitution du dossier. Ces photos semblent avoir une vertu pédagogique permettant au couple de s'initier à la procréation médicalement assistée notamment la fécondation in vitro. Un bon nombre de couples ignorent le procédé de cette technique. Certains accèdent au centre avec des idées conçues comme celles de « la fabrication » d'un enfant ou bien le clonage. En outre, les versets coraniques peuvent répondre aux préoccupations d'ordre moral des couples. Ceci peut aussi justifier le recours à la pratique de la fécondation in vitro et l'insémination dans un cadre religieux. Par conséquent, les couples se rassurent et font confiance à l'équipe médicale, à la technique et enfin à eux-mêmes d'aller en avant pour tenter leur projet familial.

L'équipe médicale permanente est composée de : un médecin spécialiste en biologie de la reproduction et en cytogénétique, un médecin spécialiste en anesthésie et réanimation. L'équipe médicale reçoit les couples de tout âge qui consultent pour un problème d'infertilité. Le centre dispose d'une équipe paramédicale spécialisée dans les différentes activités. Le gynécologue assure les consultations et le suivi des patients. L'assistante biologique est chargée des analyses des semences.

L'équipe assure à ses patients des prestations⁷ avec un équipement de haute technologie. Au premier étage, se trouve le bureau de la directrice médicale et le bloc opératoire. Les enfants procréés figurent sur les photos de famille qui ornent les bureaux des médecins.

Les techniques de pointe utilisées dans ce centre de procréation restées méconnues. Le centre a les moyens humains et matériels pour prendre en charge davantage de demandes des hommes et des femmes ayant l'incapacité de procréer.

« Les patients se présentent à la réception du centre. Ils sont orientés par un Médecin de l'extérieur pour des analyses données, à une période précise. Le couple stérile passent en consultation chez la directrice médicale (et biologiste) afin de leur donner des analyses. L'homme doit faire le spermogramme. La femme doit aussi faire une série d'analyses sérologie et le bilan hormonal le 2^{ème} et le 3^{ème} jour de la période du cycle. Elle devra aussi faire une échographie endovaginale pour une période de cycle limité du 2^{ème} au 5^{ème} jour. Après avoir achevé tout le bilan et reçu les résultats des analyses, le patient devra avoir par la suite une consultation biologique qui pourra donner le traitement et le suivie de contrôle pour une FIV. Elle se divise en 2 étapes : la ponction et 24h 00 après le transfert qui pourrait donner le résultat des grossesses une semaine après ». (Assistante biologiste, 35 ans).

Nous avons constaté beaucoup de couples à la quête d'informations permettant de donner une réponse à leur problème. La Fécondation in Vitro est un parcours très douloureux pour un couple stérile. Il est dans l'obligation d'accepter le choc d'infertilité.

A l'intérieur du centre, toute l'équipe est très mobile. Les patients ne ressentent pas le retard du médecin. La secrétaire reçoit et répond aux communications téléphoniques des patients. Nous l'entendons donner aux patientes des indications sur le traitement. L'autre qui ramène le flacon à l'homme, l'autre qui fait des prélèvements du sang.

Chaque agent a une tâche très précise et importante. La personne qui effectue cette tâche est dans l'obligation de respecter le délai limité de la gestion du traitement des couples. Dans la fécondation in vitro, le couple passe par plusieurs étapes avant d'arriver à la ponction puis au

⁷ Les différents Types de prestations sont : Spermogramme Test post-coïtaux, Caryotype Bilan hormonal Insémination intra-utérine (I.I.U), Fécondation in-vitro (F.I.V), Injections intra-cytoplasmique des spermatozoïdes (I.C.S.I), Transfert d'embryons, et la congélation du sperme et des embryons.

transfert. Le couple passe en premier lieu chez la secrétaire médicale, réceptionniste. Chaque jour, elle est emmenée à établir des contacts directs avec les patients. Parfois impatients, énervés, parfois même désespérés. Par contre, d'autres sont calmes et prêts à l'écoute. La secrétaire médicale nous affirme :

« Ce métier demande que je sois avant tout présentable souriante et bien géré, bien recevoir les personnes prendre soin d'eux et les mettre à l'aise. Savoir gérer, c'est être dynamique et patiente même très patiente car c'est l'image du centre qui est en jeu. Je devrai aussi imprimer chaque résultat pour le remettre au patient concerné et garder un double dans son dossier ». (La secrétaire médicale, réceptionniste, 24 ans).

Ensuite le couple doit s'entretenir avec la directrice médicale. Cette dernière assure un triple rôle. Elle dirige, oriente et contrôle. C'est le médecin spécialiste en Embryologie et en Biologie de la Reproduction. Elle prend toutes les premières consultations de chaque couple afin de les orienter pour des analyses⁸. Elle assure aussi les consultations biologiques après avoir établi le bilan complet du couple transmis lors de la première consultation. Elle donne des rendez-vous pour le bloc soit pour une FIV, une ponction ou bien une biopsie. Le programme se prépare à l'avance suivant l'état du patient. Elle assure les techniques du PMA en collaboration avec le gynécologue et son assistante biologiste. Le gynécologue est formé pour la fécondation in vitro. Il consiste à faire des échographies Ando vaginales et des ponctions. L'assistante du Docteur est une biologiste. Elle collabore depuis une dizaine d'années. Elle étudie les différentes analyses du spermogramme chez l'homme, dans le laboratoire du centre El Mawloud. Elle accompagne le médecin de la reproduction pour toute étude du dossier du patient. Elle assiste à chaque réunion.

Le travail administratif et comptable est assuré par une femme âgée de 50 ans. Elle occupe le premier bureau. Elle ne parle pas beaucoup. Elle encaisse le prix de toutes les opérations effectuées (les consultations, les analyses et les échographies. Elle prend en charge tous les

⁸ Le bilan hormonal pour l'homme et la femme (pour La Femme : se fait entre les 2 jours ou les 3 jours du cycle seulement). La sérologie du couple. Des échographies pour la femme (Echo j2, j3 : Se fait entre les 2 jours ou les 5 jours du cycle. Echo sono : Se fait entre les 8 jours ou les 14 jours du cycle). Des analyses du sperme pour l'homme (Se fait entre 3 jours ou 5 jours d'abstinences). La consultation en vue d'une Hystérogaphie. Se fait soit les 4 jours ou les 5 jours du cycle.

dossiers administratifs du personnel et contrôle le stock des produits utilisés quotidiennement. Elle n'est pas restée longtemps dans le centre. Elle est décédée.

Dans ce centre de procréation, le recours à cette pratique se construit différemment. Pour certains, il se fait dans la clarté et la transparence. Par contre, pour d'autres, la discrétion est nécessaire.

I. I. 3. LA DISCRETION DANS LE RECOURS A LA PMA

Dans certains entretiens, la volonté de « camoufler » la stérilité particulièrement la stérilité masculine, est la plus difficile à assumer. Le recours à la fécondation in vitro s'opère dans la discrétion. La crainte d'être stigmatisé vu par l'entourage familial est pesante. Les couples montrent que pour leur entourage familial, la procréation médicalement assistée est une méthode non naturelle. Elle est identifiée au « clonage ». Les couples auraient donc commis à commettre un acte immoral. La technique pose une double interrogation : celle de sa légitimité et celle de la détermination de la filiation.

« Un jour où toute ma grande famille et tous les voisins se réunissent pour fêter la réussite de mon frère à l'examen de baccalauréat, quelques heures après, la télévision était allumée, c'était un documentaire sur la fécondation in vitro qui montre la réalisation de cette technique jusqu'à l'accouchement. C'était une grossesse triplée. Mon oncle et mes cousins ont « jugé » mal ces personnes la par des injures, des insultes... j'ai essayé de les convaincre, mais sans succès. L'expression : « Qui vous dit que c'est réellement votre enfant » m'a freiné. Et depuis j'ai préféré garder le secret entre moi et ma femme pour que demain on n'insultera pas mon enfant espéré ». (Entretien 26. Fonctionnaire, sexe M, 49 ans).

C'est donc au couple de décider du recours à la procréation assistée. Quel que soit le résultat de l'intervention, le couple serait rassuré et protégé de toute affliction (violence verbale ou symbolique) ou de regard blessant fait par d'autres personnes.

La deuxième raison concerne l'avenir de l'enfant issue par cette technique. Cette autonomie de décision du couple les prenait de honte violence symbolique ou de tout regard blessant lancé par les proches parents. En outre l'incertitude contourne l'avenir de cet enfant issu de cette technique. Comment va-t-il être traité et quelle serait la place occupée au sein de la famille ? En conservant le secret, le couple veut éviter toutes ces questions qui peuvent rendre la vie du couple désagréable, et être à l'origine des conflits familiaux.

Les couples enquêtés refusent d'aborder ce sujet d'enfant avec leur entourage. Ils ont peur du rejet social et familial pour le couple comme pour l'enfant. L'homme stérile peut souhaiter, refuser, voire "cacher" une demande d'insémination artificielle ou une fécondation in vitro en fonction de ce qu'il projette de son identité sexuelle et de la place de son enfant à travers la filiation.

« Je refuse d'en parler car cela concerne ma vie privée. Peut être je me parviendrai à dire à mon fils qu'il est venu au monde suite d'une fécondation in vitro, mais je ne suis pas obligé de raconter aux gens car ils vont se moquer de lui. Les gens doivent changer leur mentalité ». (Entretien 20. Fonctionnaire, 47 ans, sexe M).

Les couples cachent tous les documents ayant trait à la FIV. Parfois, ils déchirent leurs documents pour ne pas laisser de traces.

Au cours de certains entretiens, la position de la femme semble secondaire. L'homme monopolise la parole. La femme se sent coupable de désirer un enfant. Son intégrité psychique est touchée. Elle supporte mal les grossesses des autres. Elle intériorise la responsabilité psychologique de la rupture de filiation et de transcendance.

L'homme et la femme prennent alternativement la parole. Ici, la décision du recours à cette pratique est partagée avec toute la famille. Le désir d'un petit enfant est tellement fort que les mères respectives les aident à envisager des solutions, y compris l'aide médicale. Beaucoup de femmes viennent consulter accompagnées de leurs proches. La démarche commune vers la PMA prend sens. C'est d'ailleurs plus souvent dans ce cas que la stérilité est révélée à l'entourage. Le discours s'élabore autour de la levée du secret envers l'enfant ; des questionnements prennent place sur la « meilleure » façon de l'annoncer et le moment de l'annonce.

La levée du secret est sûrement un point important dans les entretiens. La plupart des hommes s'accordent volontiers à révéler l'origine de cet enfant. Certains vont jusqu'à critiquer les autres couples qui refusent la levée du secret.

« Il est inutile que le recours à la PMA soit discret car elle est légitime, et que notre enfant est porteur de mon spermatozoïde et l'ovule de ma femme donc c'est à nous autant que parent de lui expliquer notre parcours pour lutter contre la stérilité et combien nous avons souffert pour l'avoir ». (Entretien 26. Administrateur, 49 ans).

Un certain nombre de couples dédramatise la pratique de procréation médicalement assistée. La stérilité apparaît comme une maladie qu'il faut traiter médicalement et sans préjugés.

« Je considère la PMA comme une intervention qui ressemble à une autre intervention. Par exemple : le foie. Si je me sens malade quelque soit ma maladie organique ou psychique, j'irai chez le médecin pour me faire guérir » (Entretien 24. Ingénieur, 40 ans, sexe M).

Enfin, un bon nombre de couples semblent d'accord pour la transparence du recours à la procréation médicalement assistée. Ces dernières suivent l'état de leurs enfants depuis les premiers mois du mariage du couple. Cette lueur est expliquée par le fait que ces couples sont habitués à aborder tous les sujets y compris le recours à la PMA avec les membres de la famille d'une façon ouverte et courageuse. Ils expriment librement leurs pensées et leurs préoccupations. En revanche, ceux qui préfèrent garder le secret du recours à cette pratique sont influencés par la pression implicite ou explicite de la famille particulièrement les mères respectives.

I. I.4. LE ROLE DE LA BELLE-MERE DANS LA DECISION DU RECOURS AUX SOINS THERAPEUTIQUES

Un enfant qui tarde à venir déclenche rapidement des tensions et conflits au sein de la vie du couple et sa famille. Les hommes et les femmes savent que le temps est compté. La société est là pour le leur rappeler. Face à la stérilité, les itinéraires thérapeutiques se caractérisent par le recours aux soins traditionnels comme étape initiale. En effet, les belles-mères des deux époux achètent des traitements à base de plantes (herbes diverses, nigelle, miel, gingembre, etc.) Elles les orientent ou même les accompagnent chez le guérisseur⁹, ou bien elles pratiquent des massages dans les hammams (bain maure). Enfin certaines achètent des produits pharmacopés auprès des commerçants. Beaucoup de belles mères interrogées déclarent que la stérilité est parmi les causes qui poussent les hommes à la polygamie. Dans plusieurs cas, elles justifient le recours de leur fils à la PMA. Voici un extrait des propos d'une belle-mère qui sont illustratifs de ces positions :

« Les gens de l'ancienne génération, celle de nos grands parents, disent que la femme sans enfants est considérée comme une tente sans piliers, elle tombe rapidement. Mon souhait avant de mourir, c'est de voir mes petits enfants, je voudrai les prendre dans mes mains les caresser les mettre sur mes genoux, veiller sur eux, les élever.»

Cette femme se met à pleurer, ensuite elle ajoute :

« Je sais que mon fils souffre, seulement il ne s'exprime pas verbalement, je lui ai demandé de se remarier mais il refuse, il est amoureux de sa femme. J'ai beaucoup couru

⁹ Sur quinze couples, dix femmes et neuf hommes confirment avoir été chez le guérisseur traditionnel ainsi que le talèb⁰ pour des soins confessionnels basés sur le Coran.

auprès des âttar, fq'ih 10, et tous les thérapeutes traditionnels, des médecins, mais sans aucun résultat. Aujourd'hui le monde a changé peut-être avec cette technique artificielle lebra 11 mon fils et ma belle fille pourront avoir un enfant.» (Belle-mère âgée de 68 ans)

Il apparaît ainsi que la belle-mère joue un rôle essentiel, elle s'implique à plusieurs niveaux. Elle pousse les couples à pratiquer les soins traditionnels basés sur le savoir profane en cas d'échecs à recourir à la PMA. Elle prête assistance aux couples sous forme d'aides financières. Elle insiste pour rester informée sur tous les aspects liés à cette technique (taux de réussite, d'échec, les conséquences éventuelles sur la santé du couple et surtout de l'enfant souhaité par l'usage de cette technique).

10 Atar et Fquif (respectivement : l'arboriste et le religieux) sont des guérisseurs traditionnels.
11 Lebra désigne la technique de l'insémination artificielle.

CHAPITRE II : LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA STERILITE

Le deuxième chapitre évoque les raisons du recours des couples stériles à cette pratique, dans le quel la question de la représentation de la stérilité est appréhendée. La réalisation du projet d'enfants n'est pas uniquement un désir. Il est considéré comme une obligation. La procréation est l'élément incontournable dans la reproduction sociale et dans l'interprétation des rôles. On comprend pourquoi le recours à la procréation médicalement assistée est nécessaire pour certains couples stériles. La stérilité est étiquetée comme maladie. Les termes d'inaptitude, d'impuissance ou châtiment divin sont fréquemment évoqués. La femme stérile est généralement considérée comme un être incomplet et déficient. Quant à la stérilité masculine, elle est considérée comme inexistante. Souvent la stérilité masculine est confondue avec l'impuissance. Par contre, être femme c'est être "mère-avant tout" (Dujardin C. L., 1985). Cette expression reste le modèle dominant dans le discours des couples notamment les femmes. C'est pourquoi la stérilité est vécue comme une vraie "catastrophe", un mal...elle peut expliquer certains comportements tel que : divorces, polygamies, marginalisation...). En effet, Malek Chebel précise que "le corps stérile informe, par une sorte d'analogie inversée. Le corps fécond est survalorisé. La réalisation au corps grévise est honorée par son association à la divinité créatrice. Cette relation (*çilatou errahim*) inaugure et introduit la femme au statut glorifié de la féminité accomplie et heureuse. Elle devient *al waloud*, celle qui procréé". (Malek Chebel, 1984).

Notre enquête montre que la stérilité est génératrice d'angoisses majeures. Dans un tel contexte, le statut social de la femme stérile est lié à la valorisation de la procréation et dans le fondement de la famille. La question du genre s'est posée non seulement par rapport au sexe biologique qui fait qu'on soit homme ou femme mais parler de genre c'est comment devient-on homme ou femme socialement, à l'intérieur d'une éducation, qui souvent nous impose des rôles sexués qui vont constituer le genre.

La famille assure donc non seulement sa survie biologique mais également sa propre survie sociale au travers de la transmission de valeurs, de normes, de pratiques et d'acquis de toutes sortes qui sont précisément liés à la reproduction du genre humain. David Georges souligne que la stérilité est imputée d'une façon générale à la femme. (David Georges, 1986).

Le fait que la société continue d'attribuer la stérilité à la femme soulève une fois de plus la problématique des divergences existant entre le discours médical et les représentations du sens commun. Celles-ci se trouvent être d'autant plus renforcées que certaines femmes acceptent de se prêter à des examens de diagnostiques ce qui accentue le processus de culpabilisation qui pèse sur elles (David Georges, 1986). Bourquia Rahma, (1990) montre qu'une stérilité masculine peut fréquemment être transformée par l'entourage familial en une

stérilité féminine. Elle est alors en cause vis-à-vis du genre masculin. La représentation sociale associe la stérilité et l'impuissance. Or, vis-à-vis du genre féminin, nous sommes confrontés à la représentation d'un corps féminin considéré comme passif, diminué et vide. Autant de caractéristiques qui rendent la femme apte à supporter tous les malheurs.

Pour appréhender le recours à la technique de la procréation médicalement assistée, la représentation sociale évoquée par les couples stériles explique clairement les raisons de ce recours. La stérilité quel que soit masculine ou féminine et la pression sociale ont un rôle majeur et pesant. Le vœu d'avoir un enfant représente un devoir dicté par la société beaucoup plus qu'un désir. Dans cette représentation, l'infertilité est considérée comme une pathologie qui nécessite et mérite d'être soignée.

I. I.1. LA STERILITE VECUE COMME UNE MALADIE

Le fait de ne pas pouvoir tomber enceinte conduit les femmes à considérer la stérilité comme une maladie. Elle est mal perçue socialement. L'absence d'enfant les rend malade. Ce sont des couples en souffrance. Le manque d'enfant représente un déséquilibre touchant le maintien et la survie du couple. La technique de la procréation médicalement assistée semble représentée une alternative pour tenter de préserver le couple. Une femme est âgée de trente deux ans. Elle est mariée depuis sept ans. Cette femme est la deuxième épouse. Son mari a divorcé de sa première femme en raison d'infertilité. Il pensait que son ex-épouse était stérile.

« J'ai tout essayé pour tomber enceinte et avoir au moins un enfant... mais hélas, moi et mon mari, nous vivons mal, pas organique, mais nous avons mal dans notre peau et notre esprit. Nous n'avons plus le goût de vivre, ma famille, ma belle famille, mes collègues ne cessent de nous tourmenter, de nous anéantir parce que nous n'avons pas eu d'enfants, parfois nous nous sentons harceler. Quand je consulte le médecin, il me dit que je n'ai rien ; alors qu'en réalité, nous souffrons, l'enfant reste notre équilibre et cette technique est notre dernière chance ». (Entretien N° 01, enseignante, 42ans).

Marc Augé a énoncé certaines réflexions sur la dimension sociale de la maladie, qui éclairent nos propos sur la fertilité et la stérilité. : « C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parfois en meurt, de la sentir en lui menaçante et grandissante. Un individu peut se sentir coupé de tous les autres, de tout ce qui faisait sa vie sociale ; en même temps tout en elle est social, non seulement parce qu'un certain nombre d'institutions la prennent en charge aux différentes phases de son évolution, mais parce que les schémas de pensée qui permettent de la reconnaître et de la traiter sont éminemment sociaux : penser sa maladie c'est déjà faire référence aux autres ». (Marc AUGÉ, Claudine HERZELICH, 1984).

S'il est vrai que la fertilité et la stérilité concernent le groupe social, il n'est pas étonnant de constater que les thérapies médicales recouvrent aussi une dimension sociale. M.C. Vanden Bossche écrit à propos du couple « on s'aperçoit qu'il peut y avoir un symptôme porté par l'un du couple mais qu'en réalité c'est le couple qui est malade et c'est le couple qu'il faut prendre en considération ; si on ne fait que s'attacher au symptôme, celui-ci peut s'améliorer et même disparaître, mais la souffrance du couple, elle, ne disparaît pas et se manifeste par un autre symptôme et bien souvent chez le partenaire que l'on croyait saint jusqu'alors ». (Marie Claude Vanden BOSSCHE, 1996).

Nous avons observé qu'un certain nombre de femmes souffrent d'une stérilité secondaire. Elles pensent qu'il s'agit d'une punition « qu'est-ce que j'ai fait bon Dieu... ». Elles se

culpabilisent à ce sujet. Elles font référence à la malchance. Cette interprétation joue un rôle important dans la façon dont les femmes vivent leur stérilité. Une des femmes enquêtées ayant une stérilité inexplicée nous affirme :

« Nous sommes entre le va et vient, tel médecin nous envoie chez un autre, ce dernier nous envoie lui aussi chez un autre médecin. La personnalité du patient, son caractère, ses relations personnelles, ses problèmes moraux, ses croyances, ses conditions socioéconomiques doivent être prises en compte, en plus des symptômes cliniques. (Entretien 01. Enseignante, 42 ans).

Lorsque les femmes parlent de leur stérilité, elles avancent leur représentation de leur perception féminine de reproduction et particulièrement la matrice considérée comme un « nid ». Elle est souvent appelée « mosran d'naya », intestin de procréation (Bourqia, Rahma, 1996). . La représentation que les femmes se font de la reproduction consiste à valoriser la fécondité. Elle traduit le statut des femmes et leur éthos socioculturel où la femme n'est femme que si elle assume une fonction reproductrice. Quant à l'homme non reproducteur considéré comme étant non viril, non masculin, son organe géniteur contient des graines de mauvaise qualité. C'est une expression souvent exprimée par certaines femmes pour parler des spermatozoïdes. Elle peut donc signifier une incapacité et une atteinte à la féminité ou à la virilité. Pour de nombreuses femmes, l'incapacité d'avoir des enfants peut aboutir à la répudiation, à la stigmatisation et parfois à l'abandon de la femme par son époux. La stérilité d'un couple représente une très grande préoccupation douloureuse. Souvent, seule la femme est considérée comme coupable.

I. I.2. LA FEMME COUPABLE DE STERILITE

Depuis longtemps, la stérilité a été attribuée uniquement à la femme. L'homme est rarement remis en question. « Il y a quelques décennies, l'infertilité de ces couples aurait probablement été considérée comme "une histoire de femme" ». (Héritier, Françoise, 1996).

Françoise Laborie a montré dans ses analyses que les interventions médicales sur l'homme ont été peu nombreuses parce qu'on connaissait peu de choses sur les spermatogénèses, mais ont été à l'inverse fort diversifiées sur les femmes, soit pour lutter contre la stérilité venant de la femme, ou pour remédier à la stérilité ou hypofertilité de l'homme. (F. Laborie, cité dans Langer, Jacqueline, Catherine, Marry, Margaret, Marruani, 2002).

Ceci peut expliquer la réticence et la gêne des hommes à recourir au centre de procréation pour une assistance médicale. On a pu observer les hésitations et leur discrétion. Ils ne désirent pas que le réseau de voisinage le sache. L'enfant issu de cette technique fait l'objet d'inquiétude de la part de l'entourage familial à la fois concernant la filiation de l'enfant, le risque de sa stigmatisation et sa fertilité à l'âge adulte. L'assistance médicale à la procréation vise à pallier la stérilité féminine et masculine. La femme doit subir des traitements lourds et contraignants.

« Après avoir vécu trente jours de traitement et une anesthésie générale, en ayant comme perspective l'espoir d'une réimplantation d'embryons deux jours après, je peux vous assurer que vous n'êtes pas en mesure de reprendre immédiatement une activité professionnelle. » (Entretien 02. Enseignante, 30 ans).

Ces pratiques médicales se généralisent. En dépit de leur faible taux de succès, elles mettent en évidence l'importance attachée à la filiation biologique, « de même sang » (Marcus Steiff, 1988).

L'absence d'enfant, remet en question leur sexualité. Les femmes subissent des stigmates de l'entourage familial. Dans la famille, le statut des femmes est dévalorisé par rapport à celles qui procréent. Elles sont confrontées à une double souffrance : ne pas avoir d'enfants et être marginalisée par leur propre famille.

Les hommes sont prisonniers de leurs représentations focalisées sur la virilité. Il est rare que les couples viennent majoritairement en consultation pour un problème de stérilité. La majorité des femmes sont accompagnées de leurs mères, et moins de leurs belles mères ou leurs belles sœurs. Les hommes stationnent leurs véhicules personnels à proximité du centre. Certains préfèrent attendre à l'extérieur du centre. Certains hommes qui accompagnent leurs femmes sont explicites :

« *C'est un projet de vie entre moi et ma femme. Les autres ne doivent pas mêler de notre intimité* ». (Administrateur, 40 ans).

La femme justifie la réticence de son mari, pour des raisons professionnelles « rah yakhdem ». La honte est aussi évoquée « rajli yahchem » ou encore : « il refuse d'aller consulter ». Le mythe de la responsabilité féminine est encore vivace.

« J'ai tenté deux inséminations artificielles et une fécondation in vitro et toutes étaient réduites à zéro parce que le problème venait de mon mari. Le résultat de la biopsie le prouve, alors que tous les membres de ma belle famille pensent que c'est moi la coupable et que je suis incomplète Ma belle mère insiste que le problème ne vient pas de son fils. Pour elle, cela ne peut pas être, et dans leur famille, il n'y a pas d'hommes stériles, ils sont tous producteurs.... Tu aurais dû rester célibataire. Une femme incapable d'enfanter et fonder un foyer n'est pas une femme ». (Entretien 06, Femme au foyer, 38 ans, 10 ans de mariage).

La stérilité masculine indépendamment de l'impuissance, n'est pas une préoccupation sociale. Seule la femme est plainte lorsqu'elle est privée de procréation. Les stéréotypes se construisent à partir de la place différente de la place occupée par la femme au sein de la famille. Le mâle fécond. La femme porte et accouche. « D'ailleurs, la maternité du point de vue social et biologique est considérée comme inférieure à la paternité par le primat du sperme » (Michèle Ferrand, 2004).

Les hommes renvoient les femmes à leur rôle de procréation et de reproduction familiale.

Bien des pistes sont explorées pour comprendre pourquoi et comment s'est instaurée la suprématie des hommes sur les femmes. Les couples enquêtés mettent l'accent sur la soumission des femmes, considérées, selon elles, moins fortes physiquement. La grossesse et l'élevage des enfants contribuent selon elles, à les rendre « vulnérables ». En effet, les hommes détiennent le pouvoir. Ils conçoivent des règles et des lois pour perpétuer la domination sociale des hommes sur les femmes. « Cette domination se traduit par une hiérarchie organisée du masculin sur le féminin » (Héritier, Françoise, 2002).

Elle est inculquée par la société à partir de l'éducation, l'apprentissage et l'intériorisation des rôles sexués. Au cours de sa socialisation, l'individu incorpore la domination comme une « chose naturelle ». Les rapports sociaux de sexes ne sont pas naturalisés. Ils sont construits socialement. L'inégalité entre les genres est prégnante face à la stérilité. La procréation médicalement assistée est une épreuve difficile pour les femmes. Les hommes ont un rôle secondaire dans ce type de pratiques. Les hommes et les femmes bien qu'ils partagent le même espace, vivent dans des mondes sociaux différents. ». Les représentations de la masculinité l'emportent dans la détermination des choix d'action. Nous

constatons que dans la gestion de l'infertilité comme dans l'ensemble des rapports sociaux, les genres ne sont pas égaux. L'inégalité entre les genres s'exprime également dans la manière dont le problème de l'infertilité est géré au sein du couple. L'effort investi par les deux membres du couple lors d'un recours à la PMA est plus contraignant pour la femme autant sur le plan physique que sur le plan de l'engagement personnel. En cas de succès comme d'échec, la part de la femme est infiniment plus astreignante que celle de l'homme. En dépit de l'avènement de méthodes scientifiques permettant de déterminer l'existence d'une infertilité masculine, l'infertilité continue d'être d'office imputée aux femmes et elles en subissent la culpabilité, qu'elles en soient ou non la cause.

Le recours à la technique de la procréation médicalement assistée est pesant. En effet, leurs familles respectives exercent une forte pression. Les belles mères assurent le rôle de contrôleuses. Elles reproduisent les rapports de domination et de pouvoir. La violence symbolique de l'entourage peut prendre des formes extrêmes. Cette forme de pression trouve son origine dans l'attitude discriminatoire exercée par la mère à l'encontre de sa fille.

« Ma belle sœur m'a insulté devant mes invités. Elle m'a dit : va ailleurs espèce de « agra » si tu es une vraie femme, tu aurais du rendre ton mari heureux en lui offrant un « wlid » ou une « bnia ».... Ton mari aurait dû te « chasser » dehorsElle était très violente avec moi, elle m'a brisé le cœur. Ce jour la, Je ne pourrais jamais l'oublier ». (Entretien 10, vendeuse, 31ans).

Face à la stérilité, l'attitude la plus fréquente des femmes stériles est de tenter de stabiliser la situation. Le but est ne pas aboutir au divorce ou au remariage du mari. La stérilité est un problème médical. Elle est aussi un phénomène social important. Le désir ou le «besoin» d'avoir un enfant est exigé par la société.

« Je n'arrive plus à supporter les regards et remarques de ma belle-famille. Dans notre société, lorsqu'on épouse un homme, on «épouse» aussi sa famille. Etre stérile, je ne l'ai pas choisi, mais rares sont ceux qui comprennent cela». (Entretien 03, enseignante, 35 ans).

Selon les médecins, ces personnes infertiles ne sont pas malades. Mais elles ne peuvent pas avoir d'enfant. La stigmatisation et la détresse psychologique vécues par certaines d'entre elles, s'expliquent en partie par la pression exercée par l'entourage. Certaines femmes s'auto stigmatisent. Selon elles, tout mariage doit être fécond. Après trois ans de son mariage, cette femme se trouve répudiée par sa belle-mère. Le motif avancé aux parents de celle-ci : « elle est inféconde ». La femme stérile essaie par tous les moyens de surmonter son incapacité

à procréer en ayant recours aux différents traitements (traditionnels et modernes). La femme est conduite à douter non seulement de sa capacité à être mère, mais aussi de sa féminité. La stérilité est l'objet d'une discrimination sociale. L'épouse ne peut pas être considérée comme maîtresse de la maison si elle n'a pas le statut de mère.

« Je ne pouvais plus supporter le regard des gens. On ne cesse de m'embêter par des questions. Les gens se donnent le droit de se mêler de notre vie privée ». Ces gens me rendent malade. Je ne vais plus aux hammams, je n'assiste pas des fêtes, surtout quand il s'agit d'une femme qui vient d'accouche, encore plus si c'est une nouvelle mariée, je serai un sujet de discussion". (Entretien 07, Femme au foyer, 41 ans).

I. I. 3. LA STERILITE ET SA STIGMATISATION

Avoir au moins un enfant demeure l'objectif de la majorité des couples. L'enfant contribue à donner un sens à leur vie. La stérilité du couple fait l'objet d'une préoccupation douloureuse. Elle traduit une interprétation négative. La stérilité indique un état stigmatisant.

Cette stigmatisation est donc construite dans un contexte social par différents acteurs notamment les belles-mères, les belles-sœurs, les personnes avoisinantes qui font de l'homme ou la femme des personnes différentes que seule la procréation peut mener vers la réconciliation avec la société. Dans ce contexte, les femmes non mères subissent une forte stigmatisation, leur statut dans le rang de la famille est dévalorisé par rapport à celles qui procréent. Elles intériorisent leur statut lié au rôle de reproductrices. Et donc, elles sont confrontées à une double souffrance, celle de ne pas avoir d'enfants et celle d'un corps qui présente une tare.

Le rapport des femmes à la stérilité est conditionné par leur contexte social. Le discours des femmes sur leurs douleurs est représenté non comme un état pathologique mais comme un état socialement vécu. Elles sont conçues incapables de mettre au monde un enfant, comme agra¹². L'état de stérilité est vécu par les femmes comme un état de discrimination. Les femmes stériles dites agra ont un statut inférieur par rapport à celles qui sont fécondes. Le terme agra a une connotation péjorative, il est utilisé comme une insulte ; il en résulte que la stérilité est vécue comme un handicap. Par le discrédit social qui l'accompagne, la stérilité masculine et féminine a le même statut celui d'une maladie durable qui implique l'isolement et la différence. La stérilité perçue comme une maladie et elle ne peut être que négative.

¹² Agra signifie stérile

« Depuis ma deuxième année de mariage, ma belle-mère me répète le même scénario, si tu étais une vraie femme, tu aurais du enfanter, et nous donner au moins un enfant comme (y), dès sa première année de mariage, elle a pu enfanter. Presque chaque fois, elle me pose la même question : tu n'as rien, tu n'es pas malade et parfois elle palpe mon ventre. Tu aurais dû voir le médecin (x) j'ai entendu dire qu'il est spécialiste en insémination artificielle. (Entretien 12. Secrétaire, sexe F, 40 ans).

Cela peut traduire une dette vis-à-vis des autres. Donc la P.M.A présente une dimension sociale. Elle est considérée comme une réponse à la stérilité. Elle participe à la transmission sur le plan du corps des relations entre générations. On se doit d'avoir un enfant pour s'acquitter d'une dette trans-générationnelle. On doit également des petits-enfants à ses grands-parents. Telle est bien la souffrance des couples qui n'arrivent pas à procréer : plus que d'une blessure narcissique personnelle et sociale, il s'agit de la souffrance de ne pouvoir s'acquitter d'une dette. Il y a quelques décennies l'infertilité de ces couples aurait été probablement considérée comme une histoire de femme. En fait, François Laborie a montré dans ses analyses que les interventions médicales sur l'homme sont peu nombreuses parce qu'on ne connaît que peu de choses sur les spermatogènes. Elles sont à l'inverse fort diversifiées sur les femmes. Les hommes sont naturellement considérés comme étant puissant sexuellement. Seules les femmes peuvent être stériles Notre société associe la virilité à la puissance masculine et la fécondité à la féminité. Ces modalités spécifiques d'un rapport de domination entre êtres humains sont tellement incorporées dans nos schèmes de perception, de pensée et d'action, qu'on ne les voit plus lorsqu'ils ne prennent pas des formes extrêmes, (Bourdieu, Pierre, 1984).

« Mon fils est un vrai homme, l'homme est irréprochable, il n'a pas de défaut, il ne pourra pas être stérile ». (Mère, 59 ans)

Nous avons observé aussi que les hommes se sentent gênés de se présenter au centre de procréation médicalement assistée ; on les voit soit hésitants ou ils y vont en catimini sans que leur entourage ne le sache. L'enfant issu de cette technique fait l'objet d'inquiétude de la part de l'entourage familial, à la fois quant à la filiation de l'enfant, quant au risque de sa stigmatisation et quant à sa fertilité quand il sera devenu grand, ce qui explique la discrétion du recours à cette technique. L'acteur va donc faire tout pour cacher ce stigmate ou bien essayer d'éviter qu'il provoque un malaise chez d'autres. Le stigmate n'existe qu'à partir de la valeur qu'on lui donne. Chaque individu a besoin de s'identifier comme « normal » en se comparant à ce qu'il interprète indifférent. (Erving Goffman, 1975).

La femme stérile est stigmatisée car elle est considérée comme une « femme incomplète ».

« J'ai tenté deux inséminations artificielles et une fécondation in vitro et toutes étaient réduites à zéro parce que le problème venait de mon mari, le résultat de la biopsie le prouve, alors que tous les membres de ma belle famille pensent que c'est moi la coupable et que je suis incomplète » (Entretien 13. administrateur, sexe F, 35 ans).

Les couples vivent une pression sociale, notamment celle des belles-mères qui se donnent le rôle de contrôleur. Elles reproduisent les rapports de domination et de pouvoir. Les femmes subissent une violence symbolique et verbale. Elles considèrent leur vie de couple est menacée. A travers la PMA, elles essaient de stabiliser et de réguler la situation afin de ne pas aboutir à ce que leurs maris convoient en secondes noces.

Par ailleurs, le regard méfiant envers une femme ménopausée évoque leur limitation sociale à un rôle de reproductrice. Les représentations et les logiques des femmes qui ont recours à la technique de procréation cherchent à garantir leur sécurité et leur statut. L'existence de l'enfant va donner un sens au couple. (Marc, Augé, Herzlich, Claudine, 1984).

Nos observations montrent que les hommes stériles ne sont pas abandonnés par leurs femmes. Mais, dans le cas contraire, très peu d'hommes continuent à prolonger la relation conjugale. Pour certains, la stigmatisation constitue un stress et une difficulté de mener une vie « normale » ; pour d'autres, la technique de procréation les motive. En dépit des difficultés rencontrées, les femmes agissent d'une manière active et significative. Tandis que les hommes, refusent souvent d'être diagnostiqués de personnes stériles.

Le soulagement que peut apporter une analyse des capacités fécondantes du conjoint dépend du degré d'équité régnant au sein du couple, mais vis-à-vis de l'extérieur, le déni de stérilité masculine est encore de règle. Par conséquent, ce sont toujours les belles mères qui initient les démarches lorsqu'un enfant tarde à venir. Ensuite les femmes viennent en deuxième position et consultent le médecin, se renseignent sur les options disponibles. Reste ensuite à convaincre l'époux d'entrer dans le processus.

I. I.4. LE DENI DE LA STERILITE MASCULINE.

La découverte de la stérilité est vécue comme une situation dramatique par l'homme. Les conséquences peuvent être multiples : état dépressif, abandon, troubles sexuels. Quand il s'agit d'une stérilité incurable du conjoint. La problématique conjugale et familiale prend le devant de la scène. L'homme exprime un sentiment d'agressivité et de culpabilité. Les relations familiales deviennent conflictuelles.

Dans le recours à la procréation médicalement assistée, les hommes sont confrontés aux diverses situations marquées par des tensions. Souvent le narcissisme masculin est atteint en raison de sa stérilité. Celle-ci, est vécue comme une situation provisoire.

« Je pense qu'aucun homme n'acceptera qu'il soit stérile. Je ne parle jamais de ma vie privée surtout de ma stérilité. J'essaye d'ignorer cela, car cela pourra fragiliser ma virilité. Quand je regarde des émissions qui traitent le problème de stérilité ou sur la technique de l'assistance médicale à la procréation, l'espoir me revient. J'ai entendu beaucoup de cas qui après plusieurs années, ont pu avoir des enfants ». (Entretien 29, Ingénieur en hydraulique, sexe M, 39 ans).

Nos observations au centre El Mawloud, montrent que certains couples adoptent divers comportements. En ayant recours au centre du PMA. Les hommes acceptent de consulter pour obtenir la paix sociale. En cas d'azoospermie par exemple, l'homme considère que sa virilité est profondément atteinte

L'évaluation et le traitement de la stérilité exigent beaucoup de temps, d'énergie et de ressources de la part de tous les couples. La stérilité n'est pas uniquement un problème physique, mais également un état émotif et psychologique. Les hommes expriment de sentiments de colère, de frustration et de perte de maîtrise. Ils préfèrent s'isoler de leurs amis et de leurs familles. Les investigations de la technique de PMA peuvent mettre en péril leur capacité à communiquer. La relation de couple est menacée.

« Après l'échec de la première fécondation in vitro, j'ai fait une ponction testiculaire, et malheureusement ça n'a pas réussi. Je me sentais détruit, fini. J'irai au travail mais sans rien faire qu'à penser à mon problème. Je suis devenu inactif, je me vois inutile, Je m'isole des autres, parfois je deviens agressif. Souvent, c'est ma femme qui me supporte, alors que je ne cesse de la blâmer ». (Entretien 27, fonctionnaire, sexe, M, 45ans, marié depuis 09 ans).

La stérilité confronte l'homme et la femme à la souffrance liée au fait de se sentir exclu de la chaîne des générations et de la « normalité ». Etre étiqueté d'« infertile » par les investigations en PMA peut amener l'individu à se percevoir comme étant « défectueux », peu intéressant socialement et indésirable sexuellement. L'infertilité représente une menace pour l'identité de l'homme et de la femme, comme pour celle du couple qui ne peut réaliser ses projets de fonder une famille. Pour avoir une vie sexuelle satisfaisante, il est important d'avoir une image de soi suffisamment positive.

En conséquence, les couples stériles n'hésitent pas à investir les différents soins thérapeutiques particulièrement la procréation médicalement assistée dans le but d'avoir une grossesse et réaliser son rêve d'être parent. La stérilité a fait l'objet de l'attention des médecins. Grâce aux techniques de la procréation médicalement assistée, les médecins ont pu donner espoir à ces personnes stériles et perpétuer à produire une famille.

I. I.5. LA SACRALISATION DE LA FAMILLE.

Il est important de noter que la famille représente une unité élémentaire et fondamentale de la société. Elle assure la reproduction sociale. En effet, Durkheim sacralise fortement ce type de famille. Il insiste sur « la loi de concentration de la famille ». Pour lui, l'évolution historique normale de la famille aboutira essentiellement à la famille conjugale (le couple et les enfants). Dans la société algérienne, la famille patriarcale est dans cette logique.

« Notre enfant, un joli garçon est né in vitro. Il est venu exaucer notre vœu après plus de douze années de stérilité et la raison pour laquelle nous sommes devenus père et mère. Maintenant, je peux dire que j'ai pu donner naissance à une famille. La famille c'est notre assurance sociale ». (Entretien 08, femme au foyer, 32 ans).

Dans la logique de la famille algérienne, l'enfantement est perçu par ces femmes comme étant un passage obligé. Un homme n'est reconnu comme tel que s'il a des enfants. Un homme sans héritier s'inquiétera du futur de ses biens et de son nom après sa mort. La femme participe à tout ça. Donc être sans enfant, la femme risque d'être marginalisée, rejetée, parfois traitée de « meskina ».

« La femme mère a été et elle est à présent bien considérée, valorisée, honorée, privilégiée, respectée. Dès que la femme enfante, sa position change, elle devient parfaite, reconnue et protégée. D'ailleurs, dans notre religion, le verset coranique dit que (le paradis est au dessous des pieds de la mère). On lui accorde beaucoup de chose. La femme mère est au-dessus de tous ». (Entretien 13, agent administratif, sexe, F, 35 ans).

La femme, épouse et mère à la fois, assure tout le travail domestique et émotionnel des membres de la famille. « Fonder une famille comme unique issue pour gagner en prestige identitaire » (Mathieu Nicole-Claude, 1985). La « femme complète » est l'expression évoquée pour définir le statut de la femme ayant accédé à la maternité. Par ailleurs, face à la stérilité du couple, les femmes et les hommes ne sont pas égaux face à la pression sociale.

A l'opposé, une femme qui ne peut pas enfanter est étiquetée de « demi-femme » ou de « femme incomplète ». « La perception de cette identité féminine évolue dans une dynamique dialectique où la femme désire devenir mère pour atteindre sa propre plénitude et participer à la construction de l'édifice familial » (Héritier, Françoise, 1989).¹³

Les hommes et les femmes semblent d'accord pour affirmer qu'un couple sans enfant n'est pas une famille. Maternité et statut social de la femme agissent comme un couple indissociable. La maternité est l'élément central qui permet à la femme algérienne de consolider sa position au sein de sa famille et de la société en général. Le désir d'enfantement clairement exprimé par les femmes enquêtées, peut donc être compris comme « la manifestation intériorisée d'un agencement social qui lie les êtres les uns aux autres par le fil visible de reconnaissance sociale ». (Héritier, Françoise, 1989).

« Ma belle mère ne cesse de me reprocher : « tu aurais dû rester célibataire »..... Nous..., nous sommes d'une famille productive, aucune personne n'est restée sans enfant... Personnellement je suis une femme, avec enfant ou sans enfant...Mais pour ma belle famille et les autres, l'enfant sera une preuve concrète. Il va me rendre le sens de vivre ...Si je tombe enceinte, je serai tranquille...d'ailleurs pourquoi on se marie ?surement pour avoir des enfants, pour en servir à l'avenir. L'enfant a été toujours utile. Quand je serai vieille, je trouverai une personne qui me donnera un verre d'eau ». (Entretien 09, femme au foyer, 30 ans).

Selon Pierre Bourdieu, (1994), nous sommes en présence d'un processus de construction des stratégies de reproduction de la famille liées aux modes de domination des hommes sur les femmes. Les enfants constituent une garantie contre la vieillesse. Plus essentiellement, les femmes stériles sont étiquetées très négativement par la société. Le terme « agra » signifie « stérile ». Il est utilisé comme une insulte. Il en résulte que la stérilité se construit socialement comme un « handicap ». Par le discrédit social qui l'accompagne, la stérilité masculine et féminine va acquérir le statut d'une maladie durable qui implique l'isolement et la différence. L'importance de la maternité ne peut faire une abstraction du rôle masculin dans

¹³Héritier, Françoise, de l'engendrement, à la filiation, approche anthropologique, n°44, septembre, Paris, 1989, p, 173-185.

la reproduction. La virilité est valorisée par les hommes. Or l'infertilité de l'homme remet en question « sa » virilité.

En conclusion, ces couples stériles le réclament eux-mêmes, tant que l'infertilité est mal vécue, et c'est à ce niveau que la société perpétue que la femme ne s'accomplit que dans la maternité. Pour ces raisons là, les couples vont parcourir un processus aussi long et éprouvant parfois motivant. C'est ce que nous allons essayer de comprendre à travers la deuxième partie qui suit.

DEUXIEME PARTIE:
LE PROCESSUS DU RECOURS A LA PROCREATION MEDICALEMENT
ASSISTEE.

CHAPITRE I : LE PARCOURS DES COUPLES DANS LA PMA

Ce chapitre est au cœur de nos préoccupations. L'objectif vise à dévoiler la réalité complexe des trajectoires des couples stériles ayant recours à la procréation médicalement assistée. Nous les avons suivi depuis le début des examens médicaux jusqu'à l'annonce des résultats de grossesse.

Les couples mènent un parcours périlleux et difficile en raison de la complexité d'acceptation de cette pratique. S'il y a beaucoup de critiques actuelles à propos de la biomédecine, certain lui reproche à juste titre d'être encore trop impersonnelle, trop coûteuse encore réservée à un petit nombre de privilégiés (Robert-Louis Moulias, 1997). Ces limites, reconnues par certains soignants eux-mêmes, entraînent parfois une véritable souffrance de leur part, comme celle de voir les attentes démesurées des patients et leur exigence de résultats immédiats. Les couples n'ont plus droit au soin, mais ont droit à la santé, plus à l'exigence de moyens mais aussi à l'exigence de résultats.

D'après un bon nombre de couples interrogés, certaines recherches en génétique à propos du clonage ou des manipulations génétiques touchent à la vie et donc au sacré. « Dans l'esprit de beaucoup de gens, au moins confusément, le médecin a été tenté de jouer parfois au grand prêtre, poussé à cela par les patients eux-mêmes ». (Jean Le merle 1997).

Parler de recours à la pratique de PMA, c'est parler de traitement car il s'agit bien de soigner un problème grave pour le couple, source de souffrances : l'impossibilité de donner la vie. Quand un couple ne parvient pas à aboutir dans son projet d'enfant après deux ou trois ans et plus, il se pose la question d'une éventuelle infertilité ou stérilité et, peut-être, du recours à la procréation médicalement assistée dont la FIV est une des techniques. On parle de fécondation in vitro parce qu'elle se déroule en dehors du corps de la femme. In vitro veut dire «dans le verre» en latin, en laboratoire donc. On prélève chez la femme des ovocytes mûrs (ou ovules) et on les met en contact direct avec des spermatozoïdes de l'homme en vue d'aboutir à une fécondation. Cela paraît tout simple, mais il s'agit en réalité d'un processus complexe et délicat. Cette opération est précédée de toute une série de consultations et d'exams subis par la femme et l'homme. Afin d'accroître les chances de réussite, l'équipe médicale souhaite le plus souvent implanter plusieurs embryons. La femme doit donc disposer de plusieurs ovocytes, alors que généralement l'ovaire ne libère qu'un seul ovocyte lors de l'ovulation. Le médecin administre à la femme des hormones qui vont stimuler le cycle menstruel pour qu'elle produise plusieurs ovocytes. Ces hormones sont administrées, dès le début du cycle, à

l'aide d'injections toutes les six heures, jusqu'à la fin du cycle. Les médecins surveillent régulièrement le cycle par des analyses sanguines et par des échographies

L'annonce de l'infertilité (ou de la stérilité définitive) par le gynécologue ou le biologiste est presque toujours suivie par l'annonce de possibilités de démarches « substitutives », PMA plus souvent qu'adoption. Cette offre n'est pas sans effets. Elle atténue la souffrance parentale. Elle oriente le désir d'enfant vers une pratique institutionnalisée, qui va occuper pendant plusieurs années le couple infertile. L'avertissement du taux élevé d'insuccès des méthodes procréatives n'y change généralement rien.

Toujours dans le recours à la PMA, Laurence Tain a suivi la carrière « médicale » des femmes ayant eu recours à la fécondation *in vitro* dans un hôpital. Elle montre que sous une apparente uniformité, toutes les femmes n'ont pas réagi de la même manière à cette technique. Elle a pu repérer, parmi les premières patientes pratiquées la FIV, tout à la fois une part importante de femmes travaillant dans le secteur de la santé et l'existence de stratégies différentes en ce qui concerne, notamment la programmation par les femmes des tentatives de FIV. Les femmes cadres, dont certaines pouvaient savoir que la technique était encore largement expérimentale, furent peu nombreuses parmi les pionnières, à la différence des ouvrières ou des femmes qui ne travaillaient pas. Les stratégies variables renvoient à des modèles sociaux différents, en ce qui concerne les rapports entre hommes et femmes et l'importance relative de la maternité et de la construction d'une famille, face aux choix professionnels.

II. I.1. LES COUPLES AU DEBUT DES CONSULTATIONS

En vue d'une technique de procréation médicalement assistée, et au début des soins thérapeutiques, les couples doivent être mariés, justifiés d'un document légal. Dans la consultation gynécologique, les couples nous racontent qu'ils doivent décrire en détails leurs antécédents incluant leurs antécédents médicaux, chirurgicaux, les médicaments, le style de vie et les risques professionnels pour les couples qui travaillent. Le questionnaire comprend également l'historique du développement sexuel, les méthodes contraceptives utilisées, les grossesses ou conceptions antérieures et les pratiques sexuelles actuelles et antérieures.

Chez la femme, l'examen consiste en un examen physique général et un examen plus poussé de la région pelvienne. L'examen gynécologique permet de déterminer la taille, la forme et la position des organes reproducteurs. Les femmes semblent sortir satisfaites de l'entretien, précisément la pertinence du questionnement et la qualité de l'écographie. Ceci leur redonne de l'espoir et les encourage à tenter l'expérience.

Chez l'homme, l'examen consiste également en un examen physique général et un examen plus poussé des testicules, du pénis et du scrotum. Au cours de l'examen, le médecin peut demander à l'homme de faire un effort de tousser afin de faciliter la détection de varices du scrotum.

Au moment de la visite initiale, certaines analyses de laboratoire doivent être réalisées. Chez les femmes ayant des menstruations irrégulières, des analyses de sang peuvent être effectuées pour vérifier s'il y a un mauvais fonctionnement de l'hypophyse ou un problème d'ovaires poly kystiques.

Toutes les femmes devraient être immunisées contre la rubéole. Une analyse de sang permet de vérifier facilement si elles l'ont été. La vaccination s'impose en l'absence d'immunité contre cette maladie. Les maladies transmises sexuellement, tels le V I H, l'hépatite B et la syphilis seront également éliminées par des dépistages sanguins. De même, dans les cas de stérilité primaire il convient que le médecin mette le point sur la recherche des antécédents; nombre aussi de femmes stériles ont été curetées après un retard des grossesses prouvées par examen de l'œuf. Encore doit-on savoir que l'âge de la femme modifie les chances de fécondité. Dans la salle d'attente, nous entendons trop souvent de terribles regrets, des pleurs. Le désir d'enfant a été repoussé pour des raisons professionnelles ou financières ou pour "*profiter de sa jeunesse*". Nous entendons aussi des couples dire : "*Nous avons assuré nos vieux jours, maintenant nous voulons assurer notre descendance*".

De plus en plus, des couples consultent ensemble pour un problème de stérilité, la majorité des consultations concerne encore la femme seule ; à la fois parce que le mythe de la responsabilité féminine est encore vivace et parce que l'homme serait moins « disponible » pour une consultation médicale.

Lors de la première consultation, le médecin fait le point sur les facteurs étiologiques possibles. Il poursuit ses recherches vers l'un ou l'autre des partenaires ou vers les deux à la fois. « L'interprétation », cherche à préciser si la stérilité est primaire ou secondaire et depuis moins de temps. Il n'est pas rare que certains couples pensent qu'ils sont stériles au bout de quelques mois, alors que leurs rapports sexuels n'ont pas une fréquence permettant une fécondation lors de chaque cycle menstruel. Quand une stérilité est secondaire, l'attention penche vers tel ou tel événement survenue depuis la dernière grossesse.

Le spermogramme permet le diagnostic des infertilités masculines. Nos observations au centre El Mawloud montrent que certains couples adoptent des comportements différents. Ils acceptent l'idée de consulter pour faire plaisir à leurs femmes, ou tout simplement pour avoir la paix. Dans le recours à la procréation médicalement assistée, les couples arrivent préalablement avec des informations incertaines sur cette technique.

« Le médecin nous avait expliqué en quelques mots en quoi consistait la technique de (fécondation in vitro avec injection intra-cytoplasmique). Nous savions qu'elle était indiquée dans les cas où les spermatozoïdes étaient très peu nombreux et trop faibles. Qu'il s'agissait d'une technique récente. Quoiqu'il en soit, ce n'est qu'après avoir vraiment consulté ce centre dans la PMA que peu à peu, je me suis informée plus sérieusement ». (Entretien 01, enseignante à l'université, 42 ans).

En plus, les couples espèrent que leur situation va être traitée. Les femmes viennent déjà saturer à force d'être examiné à plusieurs fois et par beaucoup de médecins. Ils leurs exigent des traitements hormonaux assez importants.

Les hommes confrontent diverses situations qui peuvent être conflictuelles pour eux. L'infertilité vécue comme provisoire dans le temps, le touche peu au début, au moins en apparence. Souvent le narcissisme masculin est d'abord atteint par l'inaptitude sexuelle. Ceci est approuvé lors de l'examen médical où l'équipe médicale examinera son sperme une fois recueilli.

II. I.2 LE RECUEIL DU SPERME

Le recueil des spermatozoïdes est fait le jour de la ponction des ovules. Le médecin collecte les spermatozoïdes uniquement mobiles. Cette étape est appelée la préparation du sperme. Tout le parcours des PMA s'appuie sur le recueil de sperme. Le moment du prélèvement du sperme nécessite évidemment la masturbation. Celle-ci n'est jamais vécue comme un acte sexuel neutre. « Quand un couple est fertile, il ne parle pas spécialement de la masturbation, cela fait partie de ce qui est non dit ». (Czyba et coll, 1985).

Au sein de la PMA, la masturbation s'inscrit dans une logique médicale. Elle est visible, connue, attendue par la femme, le médecin et toute l'équipe. Ils sont des spectateurs « exigeants » qui savent ce qu'il est en train de faire au moment de le faire. Cet acte est intime, clandestin parfois, devient ici l'outil fondamental et incontournable de la technique. Il ne va pas sans troubles pour l'homme.

Lors du prélèvement du sperme, l'inquiétude de ne pouvoir procréer est réelle. L'angoisse engendre fréquemment des « troubles sexuels » qui entravent le traitement. L'homme se retrouve dans un rôle de « donneur de sperme » ou « dépositaire du sperme ». Il est en partie presque absent des consultations quotidiennes que sa femme doit subir. Toute l'équipe attend le sperme du mari qui est derrière la porte, dans la salle de recueil de sperme. En cas d'échec, il a du mal à expliquer à sa femme et à l'équipe que la masturbation est difficile. Pour elle, son mari n'a pas fait face à la situation. Sa « virilité » est bel et bien remise en question.

« Dans notre société, la fécondité est une qualité fondamentale de la famille. Quant à la virilité masculine, nous les hommes, lui attachons une grande importance. Quant à moi j'irais jusqu'à voir en elle ma raison d'être ». (Entretien 17. Chauffeur de taxi, 42 ans).

Les hommes multiplient leurs actes sexuels pour se rassurer de leur virilité. Elle traduit le culte de la suprématie et de la puissance. La virilité est imposée aux garçons par au cours de leur socialisation. Elle met en valeur leur supériorité à l'égard des femmes. La virilité constitue l'attribut principal des hommes, des garçons, dans leurs rapports au monde, aux femmes et aux hommes, à travers les rapports sociaux de sexe. « La virilité est l'expression collective et individualisée de la domination masculine. Les rapports sociaux de sexe s'organisent à partir des pratiques des hommes et des femmes en les constituant comme hommes et comme femmes dans des relations de pouvoir asymétriques et hiérarchisées », ce que Bourdieu appelle la violence symbolique (1998).

L'examen médical est bien sûr nécessaire ici aussi, non seulement pour déceler une quelconque anomalie organique, mais aussi pour tenter d'unifier le corps et l'esprit. Quand le médecin annonce à une femme que l'examen gynécologique est normal, c'est sa féminité qui est reconnue. Pour l'homme, son examen clinique permet non seulement la recherche d'anomalies évidentes : problème testiculaire, varicocèle (varice au niveau des testicules), absence de déférent (canal qui permet le passage du sperme), etc....., mais aussi et surtout, ceci permet de le rassurer sur sa normalité génitale. Son appareil génital, donc sexuel, est qualifié de normal. Ceci lui rassure même si l'infertilité n'est pas résolue, car tout cela est en rapport à son identité.

II. I.3. IDENTITE SEXUELLE MASCULINE

Certains couples affirment que leur identité sexuelle est remise en question, risquant de perturber l'image de soi. Elle touche les sensations identitaires de genre et d'appartenance à une certaine masculinité ou féminité. Cette pratique sociale touche à l'image de soi et à l'identité de la personne dans son ensemble. Elle n'échappe pas au regard de l'autre.

Les médecins confirment que la prise en charge de la fertilité et les traitements de l'infertilité, sont nécessairement liées à la sexualité.

« Elle est difficilement compréhensible si l'on ne tient pas compte de son origine. En effet, l'infertilité peut être d'origine biologique et psychologique profondes, menaçant l'identité sexuelle et générale, voire même l'identité tout entière ». (Gynécologue du centre, sexe M, 51 ans).

Chez certains hommes, l'annonce d'une infertilité masculine provoque un choc illustré par les expressions suivantes : « Souffrance, blessure, castration... ».

« Après plusieurs consultations, je n'ai aucun problème de stérilité. Une fois j'ai insisté à ce que mon mari fait un spermogramme pour voir peut être le problème vient de lui. Le médecin de famille nous a conseillé de tenter une procréation artificielle. Et tout a commencé suite à une batterie d'exams. Un recueil de sperme devait être déposé au laboratoire afin de le « nettoyer ». Le mot infecter l'a beaucoup touché ». (Entretien 11 Infirmière, 36 ans).

Pour eux, le langage des médecins, à propos du sperme : « Sperme pauvre, spermatozoïdes lents, faibles, paresseux, mal formés » est vécu comme dévalorisant. Ils s'identifient parfois à leurs organes et à leurs sécrétions. Ils sont en souffrance. « "Suis-je encore un homme si je n'ai pas d'enfant " ? C'est toute la question de son identité sexuée, qui

est posée. L'infertilité est une des situations les plus stressantes qu'un couple en tant que couple, puisse rencontrer. Le projet d'enfant est planifié par rapport à la représentation que le couple a du rôle de l'enfant pour leur vie. Le désir d'enfant dépend de l'histoire individuelle et de la signification donnée la relation de couple ». (Czyba, et al, 1985).

BERGER D.N a noté qu'au moment de l'annonce d'une azoospermie, dix hommes sur seize ont présenté une impuissance érectile transitoire alors qu'antérieurement ils n'avaient aucun trouble. L'homme stérile est en souffrance d'une reconnaissance. Même s'il n'est pas infertile. Il est difficile de réduire l'homme à son sperme et écarter son désir de procréation.

Selon les médecins, le but de tout traitement n'est pas une grossesse à tout prix. Les "échecs" sont relatifs. Derrière la demande formulée avec insistance : "je veux un enfant", peut exister toute une série de contraintes vécues par les femmes de façon inconsciente. Le discours des professionnels montre :

« Ce n'est pas nous qui avons le pouvoir de les rendre fertiles, mais ils ont à lutter contre une partie d'eux-mêmes inconsciente, pour qui le désir de grossesse est inacceptable ou irréalisable. Ils se doivent de participer à leur prise en charge, ils ne peuvent se reposer uniquement sur le médecin à qui ils prêtent, pour un temps, la toute-puissance, et dont ils espèrent un miracle ». (Assistante biologiste, 37 ans, sexe F).

Enfin, la découverte de l'infertilité est toujours un traumatisme psychologique pour l'homme. Les conséquences peuvent être multiples : état dépressif, culpabilité, abandon, troubles sexuels, sexualité extra conjugale, hyperactivité professionnelle, etc... Bref, l'homme traverse une crise d'identité. Face à la stérilité incurable du conjoint, l'homme développe des sentiments d'agressivité et de culpabilité. D'ailleurs d'autres réactions apparaissent. Le vécu ces hommes et ces femmes est prégnant. Il reflète un désarroi très important qu'on ne peut le négliger.

II. I. 4. LE VECU DES COUPLES PENDANT LE RECOURS A LA PMA

Face au diagnostic de stérilité, les hommes et les femmes réagissent différemment. L'infertilité est avant tout une histoire d'individus, même si l'annonce d'une stérilité provoque des tensions à l'intérieur du couple. Souvent, les femmes en parlent plus facilement. Depuis le temps, on attribuait l'infertilité aux seules femmes. Ensuite, l'infertilité masculine a intéressé les scientifiques. Les médecins ont toujours connu l'existence de l'infertilité masculine. Mais certains hommes avaient du mal à se soumettre aux explorations en raisons des idées reçues, encore très prégnantes, qui associent l'infertilité masculine à l'impuissance. Il n'est pas rare que certaines femmes cachent l'infertilité de leur conjoint à leur entourage. Ces femmes, peuvent éprouver un ressentiment, d'autant que c'est leur corps qui subit les examens. Il est important quelles parlent et disent leur colère.

Quand le médecin annonce le diagnostic de stérilité, les hommes se sentent alors atteint dans leur corps viril. Ils ont l'impression qu'à cause d'eux la trans-génération va s'arrêter. Quand l'un des membres du couple, voire les deux, découvre sa stérilité, c'est toujours éprouvant. Beaucoup se sentent exclus, rejetés. Les femmes souffrent plus de cette absence de maternité, de ne pouvoir donner vie à un enfant, de le porter, parce qu'elles auraient en elles, ce puissant désir d'enfanter. Beaucoup d'hommes ont l'impression de ne pas pouvoir assurer la transmission familiale et la reproduction sociale. Ils considèrent qu'ils ont une dette à l'égard de leurs parents. Ils n'ont pu leur donner des petits-enfants. La découverte de la stérilité est souvent à l'origine de tensions ou de crises dans le couple. Si l'un des deux seulement est stérile, on culpabilise la femme. Elle est responsable, oubliant de noter que les problèmes d'infertilité touchent dans la plupart des cas les deux partenaires. La stérilité est affaire de couple. Les couples stériles s'orientent vers la procréation médicalement assistée fécondation in vitro, la considérant comme une aventure difficile. Elle est leur projet d'existence.

La PMA met fortement à l'épreuve la vie sexuelle du couple. Tout est orienté autour de l'enfant. Le temps du couple est alors dominé par les règles, les traitements et les résultats. L'homme se sent coupable. Succède à cette culpabilité, souvent des sentiments de dévalorisation, d'incapacité, de détérioration de l'image de soi. Le désir est atteint. Dans tous les cas, le corps de la femme est fatigué par les stimulations. Des craintes naissent. La vie sexuelle du couple est assujettie à des décisions médicales. Les rapports sexuels sont parfois programmés au cours de certains traitements. Faire l'amour, peut un moment pour certains couples en désir d'enfant se limiter à se reproduire. Après une FIV, les couples peuvent avoir peur que les rapports sexuels mettent en danger l'embryon.

L'évaluation et le traitement de stérilité exigent énormément de temps, d'énergie et de ressources de la part de tous les couples. La stérilité n'est pas uniquement un problème physique, mais également un état émotif et psychologique qui provoque des sentiments extrêmes. Des sentiments de colère et de frustration, de perte de maîtrise, d'isolement des amis et de la famille et de dépression peuvent sembler insurmontables pour de nombreux couples qui ne peuvent pas concevoir l'enfant qu'ils désirent.

« J'ai eu beaucoup de difficultés. J'ai entamé plusieurs traitements. Psychologiquement ce n'était pas facile à vivre. Je n'étais pas au meilleur de ma forme. Lors d'un des traitements, j'ai mal réagi aux injections, j'ai eu peur car j'ai été traumatisée quand j'ai fait la cœlioscopie je me suis retrouvée évanouie. Je l'ai très mal vécu et suite au premier traitement! J'ai vécu une semaine d'angoisse. Je dois respecter les heures des injections à 8h le matin et entre 18h et 19h le soir, garder les injections dans un endroit frais ou bien dans une glacière. Je dois savoir comment faire l'injection... » (Entretien 09, femme au foyer, 30 ans).

En PMA, on parle beaucoup des femmes. En effet, ce sont elles qui subissent de façon plus intensive les traitements et les contraintes. C'est dans leurs entrailles que l'intervention s'effectuera positivement ou négativement. Les femmes sont donc au premier plan de toutes les réflexions concernant les difficultés morales et physiques mises en jeu dans cette aventure. Cette femme est âgée de trente ans. Elle a tenté six inséminations artificielles. Elles se sont terminées par de fausses couches.

« Je vais faire ma première FIV la semaine prochaine et je ne sais pas pourquoi je me sens complètement vidée. Ce soir, je ne suis ni nerveuse, ni pressée, ni même triste..... Je me sens vidée. Cette « bataille » m'a peu à peu épuisée. Elle m'a fait vivre des choses difficiles ». (Entretien 13, fonctionnaire, 35 ans, sexe F).

Quand la femme est âgée de plus de 30 ans, ou présentant un facteur de risques dans ses antécédents (par exemple : un passé d'infections génitales, des menstruations douloureuses ou irrégulières et abondantes), l'évaluation peut être justifiée après six mois seulement. Les couples ayant expérimenté une fausse-couche ne font pas l'objet d'une investigation spéciale. Mais deux pertes de grossesse ou plus justifient une évaluation plus poussée. Même quand elles ont eu leur enfant, elles n'oublient jamais les épreuves subies. Un parcours de PMA peut se terminer par un miracle. Cela n'en reste pas moins un parcours de combattantes. *« Jusqu'à ce que le bébé soit né, on galère ».*

La stérilité est encore plus difficile à accepter. Elle est souvent la première épreuve que doit surmonter un couple. Elle peut mettre en péril leur capacité de communiquer et menacer

même leur relation de couple. Durant l'évaluation de la stérilité, les examens exigent parfois des rapports sexuels à un moment précis. Plusieurs couples deviennent frustrés et éprouvent une perte de spontanéité. L'impuissance chez l'homme peut également survenir. Il n'est pas rare qu'un couple stérile connaisse de ces moments pénibles.

II. I. 4. A. UNE SEXUALITE « REPRODUCTRICE »

Au cours de la procréation médicalement assistée, la sexualité devient donc source d'angoisses et de frustrations. Tout l'imaginaire du couple est focalisé sur l'enfant.

« Moi et ma femme avons mené une vie sexuelle satisfaisante. Mais après l'annonce du diagnostic de stérilité (oligospermie), notre vie sexuelle a changé. Le désir d'enfant a envahit nos esprits » (Entretien 17. Enseignant, 40 ans).

Bien souvent, la vie sexuelle des couples n'a plus qu'un seul objectif : la procréation. Les notions de plaisir, de partage, passent en arrière-plan. Le couple avait déjà des rapports sexuels perturbés en raison du combat contre l'infertilité. On peut évoquer une sexualité « *sur commande* » qui érodait un désir. Il voit soudain le besoin de sa sexualité diminuer, voire s'annuler. Le recours à la PMA entraîne les couples à se désinvestir de leur relation sexuelle.

La vie sexuelle du couple devient donc perturbée. Il semble difficile d'effacer l'idée que chaque pratique sexuelle a pour but d'aboutir éventuellement à une grossesse. Certains couples affirment que leur sexualité se vide de tout sens, de toute passion et de plaisir. Toute la pratique est centrée sur la grossesse. Pendant la PMA, la sexualité devient procréative et mécanique perdant de sa qualité et de son plaisir. Le désir sexuel s'efface devant le désir d'enfant.

Le traitement hormonal subi par la femme peut avoir des effets secondaires physiques, provoquant des perturbations de son image corporelle, qui peuvent la conduire à se sentir moins attractive, évitant parfois l'acte sexuel. Les effets psychologiques les plus fréquemment observés lors de traitements pour infertilité sont une augmentation des états d'anxiété, du stress et une importante incidence de somatisations. D'ailleurs les effets psychologiques observés pourraient aussi être liés aux modifications hormonales induites par le traitement lui-même.

Concernant la sexualité des femmes, ces dernières évoquent une perte de l'érotisme dans la sexualité. D'ailleurs souvent il n'y a pas de sexualité en dehors des périodes fécondes. Certaines femmes qui suivaient un traitement de FIV, avaient des perturbations de la vie sexuelle. Elles nous parlent qu'elles ont eu une baisse ou à la perte du désir sexuel, souvent associées à un sentiment de culpabilité lié à l'impossibilité de concevoir. Cette culpabilité les

renvoie à des questions fondamentales comme leur rapport à la féminité, à leur identité de femme, mais également à leur rôle social traditionnel de mère.

II. I. 4. B. UNE SEXUALITE NON SATISFAITE LIEE AU TRAITEMENT

A partir du discours des professionnels de santé, certaines difficultés de procréation peuvent ouvrir la porte à des difficultés sexuelles. Et inversement, toutes perturbations de la sexualité peuvent engendrer des complications dans le domaine de la reproduction. L'attention du couple est entièrement focalisée sur l'infertilité et sur les procédures de traitement, ce qui engendre souvent une importante fatigue et une anxiété de performance. Ce contexte ne permet pas de trouver une relation sexuelle satisfaisante.

La stérilité est donc une des situations les plus stressantes qu'un couple puisse rencontrer. Chacun réagit selon sa personnalité, son contexte culturel, religieux et ses mécanismes de défense. Le plus souvent des sentiments d'infériorité et de culpabilité apparaissent. Souvent des conflits se déclenchent, accompagnés de complications psychologiques psychosomatiques et sexuelles. Les couples interviewés pourvoient d'être confrontés à une sexualité insatisfaisante et ennuyante. Les raisons évoquées comprennent l'organisation systématique des rapports sexuels. L'intrusion dans leur intimité et le fait que l'acte sexuel en lui-même serait évocateur de l'infertilité.

« Notre sexualité est totalement déshumanisée, avec des rapports programmés, des examens constants, et un rappel permanent de l'état de nos ovocytes ou de nos spermatozoïdes ».
(Entretien 24. Ingénieur, 40 ans).

Les examens médicaux exigent parfois des rapports sexuels à un moment précis. Plusieurs couples deviennent frustrés et éprouvent une perte de spontanéité. La fréquence des rapports sexuels baisse. Pour certains couples, de graves conflits conjugaux peuvent aboutir à l'absence de toute sexualité. Souvent la masculinité est d'abord atteinte par l'inaptitude sexuelle.

La vie sexuelle du couple est dépendante des décisions médicales. Les rapports sexuels sont parfois programmés dans certains traitements. Faire l'amour pour certains couples en désir d'enfant se résume à se reproduire. Les rapports sexuels doivent se dérouler en fonction de la date d'ovulation. Le couple devient obsédé par le protocole de la technique, particulièrement quand le temps de l'intervention est imminent.

Les couples ont du mal à se contrôler. La situation devient pénible. Plus la date du rendez-vous approche, plus la situation devient inextricable. La détresse envahit les couples. Des craintes naissent. Après une FIV, les couples peuvent avoir peur que les rapports sexuels mettent en danger l'embryon. En plus, le doute sur le résultat de la technique peut prendre de

l'ampleur face aux incertitudes de la thérapie. Après l'arrêt du traitement, si une grossesse n'est pas survenue, l'apparition de troubles sexuels ne semble donc pas être uniquement propre au traitement, mais aussi à l'échec du projet d'enfant. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que le traitement représente également une ressource psychologiquement importante pour certains.

Les techniques de fécondation in vitro sont des problèmes de couples et pas seulement des problèmes de femmes. Même si elles sont les seules à subir les traitements qui ont pour effet pervers d'accentuer les conflits au sein du couple. La procréation médicalement assistée bouleverse la vie du couple.

Au cours de notre enquête, nous avons rencontré certains couples qui abandonnent la pratique de PMA. Il nous a semblé important de connaître le refus de toute aide médicale. Les couples, plus précisément les hommes étaient très mal à l'aise face au discours des médecins qui s'intéressent qu'à l'aspect technique et médical. Ces couples voulaient comprendre avant de s'engager dans un parcours évoqué par des interventions multiples.

« Ma femme veut qu'on essaie l'insémination artificielle aussi après 5 ans de mariage. J'étais d'accord mais je suis maintenant réticent depuis ce matin car le frère de mon ami qui est gynéco lui aurait dit qu'il ya des risques que notre enfant soit trisomique ou mal formé surtout que j'ai 40 ans et ma femme vient d'avoir 41 ans. Je suis allé chez le gynécologue nous a expliqué qu'il n'y a absolument aucun risque d'erreur génétique (type trisomie) avec une insémination. Il s'agit simplement de sélectionner les spermatozoïdes les plus mobiles et les mieux formés et de les injecter directement dans l'utérus de façon à ce qu'ils aient moins de chemin à parcourir. Une fois injecté dans l'utérus, tout se passe comme une procréation naturelle. La lutte au plus rapide jusqu'à l'ovule se passe comme dans la nature et l'ovule "choisit" le spermatozoïde qui lui semble le mieux, de la même façon que dans la nature ». (Entretien 24. Ingénieur, technicien en informatique, 40 ans).

Par ailleurs, certains semblent avoir confiance en soi. Ils s'engagent dans l'aventure. Les interprétations de l'entourage familial ne se semblent pas importantes. Les commentaires des individus ne les découragent pas. Ces couples continuent leur parcours. Ils sont face à l'épreuve encore difficile. C'est le passage au bloc opératoire.

« Mon médecin ne m'a jamais parlé de ces risques¹⁴ sauf d'une grossesse multiple. Finalement ce n'est pas le pire. Franchement, il ne faut pas écouter les autres, si nous les écoutions, nous ne ferions jamais rien. » (Entretien 13, fonctionnaire, sexe F, 35 ans).

¹⁴ Depuis la naissance de notre premier bébé biologique, nous avons avancé à grands pas pour arriver aujourd'hui à la création du premier centre algérien de cytogénétique. L'étude des chromosomes du fœtus permet de prévoir toute malformation à risque sur le futur bébé et d'en informer le couple sur la nécessité

II. I. 5. LES COUPLES AU BLOC OPERATOIRE.

II. I. 5. A. LA PONCTION :

La ponction consiste à introduire un « compte-gouttes » nommé « une pipette » qui permet d'enlever les ovules. L'anesthésie générale et locale s'impose. La ponction concerne généralement la femme. Mis à part le prélèvement du sperme et la pratique d'injection intracytoplasmique des spermatozoïdes (l'ICSI), l'homme n'est pas impliqué. Au cas où le médecin détecte un manque de gamètes males, la ponction testiculaire est vivement indiquée. Concernant cette intervention, l'homme parle peu, beaucoup moins que la femme. Il semble qu'il a été éduqué dans ce sens depuis son enfance. L'homme ne pleure pas, il sert ses dents. Pour l'écouter, il faut lui donner du temps. Souvent, la ponction est stressante pour les deux sexes.

Dans le bloc opératoire, le jour de la ponction, les femmes enquêtées sont amenées dans la chambre au premier étage. Elles demandent l'avis de l'équipe médicale pour nous permettre de les accompagner. La chambre est spacieuse. Elle est destinée à quatre malades. Les femmes sont allongées. Le médecin leur injecte un produit dans leurs bras avant qu'elles ne rentrent dans la salle d'opération. A ce moment là, elles échangent entre elles des mots. Chacune essaye de parler de sa propre expérience. Elles évoquent l'avenir tout en espérant un enfant pris dans ses bras. Elles sont attentives à leur classement : qui va passer la première ? Au moment de l'intervention, les comportements changent. Les visages deviennent pâles. Elles découvrent une nouvelle pratique qui ne ressemble pas aux autres interventions chirurgicales.

La ponction est perçue comme un moment douloureux chez toutes les femmes. Toutes les femmes n'ont pas les mêmes réactions. Certaines se réfèrent à la religion.

«J'ai vraiment peur. Au début, dans une clinique privée j'étais opérée par cœlioscopie et là on m'a annoncé que mes trompes sont débouchées, je faisais une hémorragie. Ensuite, je suis venue dans ce centre, j'ai fait deux FIV. La première avec "anesthésie locale". Je l'ai mal vécu. D'abord j'avais très mal au bas ventre à cause de la stimulation, après en guise d'anesthésie locale. En plus le gynéco qui a pratiqué la ponction était un vrai « sadique » : je me retenais pour ne pas crier tellement j'avais mal et lui, il riait en disant "vous avez mal ? Si je n'avais pas été attachée sur la table, je crois que je l'aurais frappé. La FIV n'a pas marché. Pour ma part, je ne recommanderai à personne la FIV sous

d'avorter. Il faut savoir qu'en France, seuls 6 centres sur 100 spécialisés pratiquent la cytogénétique », El watan, M. F. Gaïd

anesthésie locale, pour moi c'est de la vraie torture, j'avais l'impression qu'on m'arrachait les entrailles ». (Entretien 12, secrétaire, 40 ans).

Certaines prient Dieu pour qu'Il leur apporte le courage et la tranquillité. D'autres sont silencieuses.

Au moment où nous sommes descendus pour les accompagner au rez-de-chaussée, certaines venaient de connaître un résultat négatif à leur tentative. D'autres attendaient leur prise de sang dans quelques jours. Une de nos enquêtées, évoque son expérience lors de sa première ponction :

« Lorsque j'ai fait ma première ponction d'ovocytes, je sentais mon corps fatigué Je me sentais seule... et que je vivais cette angoisse et cette attente qui semble interminable... C'est terrible. J'ai vécu une souffrance. Deux jours après, nous nous sommes présentés au centre de PMA le cœur plein d'espoir puisque nous devons avoir notre premier transfert d'embryon. Certes j'avais de plus en plus mal au ventre depuis la ponction. Au fur et à mesure des tentatives, tout cela est devenu une sorte de routine, mais les premières piqûres, la 1ère ponction, la 1ère FIV, toutes ces premières fois ont été autant de découvertes et de sources d'angoisse auxquelles nous avons été peu préparés ». (Entretien 14. Médecin, 39 ans).

A contrario, certaines femmes affirment qu'elles ont eu leur ponction sans douleur. Les douleurs sont identifiées à celles des règles. Elles seraient supportables.

« J'ai eu une anesthésie générale et l'acte a duré environ dix minutes sur moi car je n'avais que deux follicules. Ils m'ont endormie vers 8h15 et je me suis réveillée vers 9h30, je dirais presque en pleine forme, inutile de préciser que je crevais de faim et que j'ai englouti en deux minutes le repas qui m'a été servi vers 11h30. Puis la biologiste est venue dans la chambre pour nous dire combien d'ovocytes m'avaient été injectés. Les deux ont été micro injectés, puis je me suis rhabillée et je suis rentrée chez moi et le lendemain ils m'ont appelé vers midi pour me dire si les embryons se développaient (c'est le moment le plus angoissant) heureusement chez moi les deux se développaient très bien (ouf) puis transfert des deux embryons le lendemain c'est à dire deux jours après la ponction, je suis ressortie de l'hôpital droite, quasiment sans douleurs ». (Entretien 13, agent administratif, sexe F, 35 ans).

Dans le bloc opératoire, nous avons aussi assisté les femmes qui se réveillaient après l'anesthésie où tout allait bien. La ponction a duré très peu de temps. Mis à part le froid dans la salle, la femme n'avait pas mal. Elle a réclamé un verre d'eau.

« Avant de faire la ponction, j'ai reçu une piqure pour m'assoupir et pour être à l'aise. Mais je ne sentais rien ou presque rien de la ponction. J'ai souhaité voir sur l'écran qui extrait les ovules mais je savais que je ne comprenais rien. Normalement ils te disent plus ou moins combien ils en ont. Pour la qualité ce n'est que trois jours après au moment où il te le réimplante...Avant la réimplantation, une biologiste qui venait me voir dans le bloc opératoire et me disait combien ont été fécondés, combien ils m'ont réimplanté et de quelle qualité, bonne, moyenne, ils mettent que les meilleurs, ceux qui ont été développés. Le médecin gynéco m'a dit qu'il y avait cinq beaux follicules ce qui ne veut pas dire qu'ils vont tous être bons à féconder ». (Entretien 03. Enseignante, 35 ans).

Il semble que la ponction est vécue différemment.

« Lors du dernier contrôle, comme j'étais très angoissée, j'avais posé la question au gynéco comment se déroulait la ponction et surtout le type d'anesthésie. Le jour venu, 30 mn avant, on m'a fait boire une espèce de produit à mettre sous la langue et prendre son temps pour l'avalier. Dans un premier temps aucune réaction. Ils m'ont monté au bloc, et là par contre j'ai commencé à avoir les paupières lourdes. Mon dernier souvenir c'est qu'une personne en blouse verte essayait de me mettre une perf au niveau du poignet et qu'il n'y arrivait pas à faire rentrer son aiguille. Ça aurait pu faire super mal mais je ne sentais rien et puis il me semble ensuite avoir un très vague souvenir d'ouvrir les yeux en salle de réveil mais le vrai retour à la réalité a été 1 heure plus tard sans aucune douleur ». (Entretien 08, femme au foyer, 32 ans).

Une fois la ponction réalisée, l'équipe médicale traite les gamètes males et femelles prélevées. Elle les prépare à l'étape suivante. C'est le transfert.

II. I. 5. B. LE TRANSFERT¹⁵.

Les ovules et spermatozoïdes sont réunis dans une boîte de « culture¹⁶ » et surveillés au microscope. Une fois les ovules fécondés, et donc les embryons formés (environ 3 jours après le prélèvement des ovules), le transfert est effectué : deux à quatre des embryons sont transférés (introduits) dans l'utérus. Les autres sont congelés pour être placés plus tard, en cas d'échec ou de désir d'un autre enfant.

« Il faut que l'on comprenne que nous accompagnons simplement un processus naturel, en contournant des obstacles qui empêchent les spermatozoïdes de rencontrer les ovules, à l'aide d'une machine qui revêt les mêmes conditions que l'utérus. Si vous voulez c'est un utérus artificiel. Ensuite, nous replaçons l'embryon à l'endroit naturel afin qu'il poursuive son processus. Ce que nous faisons est différent du clonage ». (Biologiste en reproduction).

Durant le transfert des embryons, les femmes sont souvent très émotives, pour plusieurs raisons. L'envie d'avoir un enfant est profondément enfoui dans le couple. En outre, les traitements hormonaux lourds sont responsables d'une émotivité et d'une hypersensibilité inhabituelles.

« J'ai eu peur. Je tremblais. J'essayais toujours d'interpréter le moindre symptôme. Je suis à l'écoute de mon corps mais rien de vraiment spécial. Un peu mal au ventre, j'étais vraiment déprimée, j'ai été très angoissée, moi aussi je suis à 8 jours du transfert, mal au ventre et perte de sang le matin au réveil il faut vivre au jour le jour en attendant la prise de sang qui confirmera ou pas la grossesse. La PMA me dit que c'est normal, mais je m'inquiète, Je ne me serais jamais imaginée un jour penser des choses comme cela... Je vivais cette angoisse et cette attente qui semble interminable... c'est terrible, j'ai vécu une souffrance. » (Entretien 06, femme au foyer, 38ans).

¹⁵ Si la fécondation a été au rendez-vous, on décidera de transférer un ou plusieurs embryons cela dépendra de la décision du couple et celle de l'équipe médicale. (Précisons que le choix de transférer plusieurs embryons augmente le risque de naissance multiple). Le transfert sera réalisé à l'aide d'un cathéter souple et fin, cette intervention ne nécessite aucune anesthésie car elle est absolument indolore

¹⁶ Les ovules et les spermatozoïdes recueillis sont mis dans des milieux de culture spéciaux. Durant cette étape, deux phénomènes peuvent être observés : La fécondation in vitro et la division cellulaire des ovules fécondés (le clivage) : La multiplication cellulaire de l'ovule fécondé (zygote) qui aboutira à la formation de l'embryon : Au bout des 48 heures de mise en culture, l'œuf fécondé se divise en quatre cellules. C'est souvent à ce stade de division cellulaire que les embryons sont transférés à l'intérieur de l'utérus. Mais dans certains cas le transfert est réalisé au bout de 6 à 7 jours. Les embryons atteignent un stade embryologique beaucoup plus avancé et appelé le stade de blastocyste.

Pour elles, leurs ovocytes représentent des « bébés »¹⁷. Entre quarante huit et soixante heures plus tard, les médecins transféreront l'embryon dans l'utérus.

« Mon bébé est dans un tube au laboratoire et pendant le transfert les médecins vont me le remettre. » (Entretien 09. Femme au foyer, 30 ans).

Le médecin devient le partenaire privilégié et permanent du couple. Il est investi d'une toute puissance, celle du « fécondateur ». De nombreuses femmes nous disent : « C'est le docteur X qui m'a fait cet enfant. »

L'attente d'une grossesse met les femmes dans une dépendance affective. Elles sont plus susceptibles lors de la ponction. Elles donnent la vie à leurs enfants avant leur naissance. Les hommes, qui ne parlaient pas, sont dans la salle d'attente pressés de quitter la clinique en compagnie de leurs femmes. Leur souffrance commune semble renforcer le lien de solidarité entre eux.

Après le transfert, les femmes demandent avec enthousiasme les prescriptions ultérieures concernant les soins, l'hygiène, l'alimentation, les rapports sexuels, leurs déplacements et tout ce qui est en rapport avec leur santé physique et morale.

« J'ai eu ma première FIV et transfert de 2 embryons je suis dans l'attente avec des douleurs pelviennes assez fortes, je suis allée au boulot le jour même pour me changer les idées, mais j'ai eu des douleurs. Du coup, je regrette d'y être allée. J'ai peur d'avoir tout gâché en allant travailler et comme j'ai un trajet routier à prendre, j'ai peur d'avoir des risques d'échec de l'implantation. Le médecin m'a averti de prendre 3 jours de repos ». (Entretien 15, médecin, 42 ans, sexe F).

Cette femme continue à nous raconter son vécu après le transfert :

« J'ai eu le transfert de trois embryons. Je suis actuellement à j14. Je dois faire ma prise de sang demain, mais voilà aujourd'hui je saigne. J'ai mal au bas du ventre, je ne sais plus où donner de la tête, j'ai vraiment peur que ce soit négatif. Je suis désespérée. Je râle d'autant plus que je me suis retenue pour ne pas faire de test de grossesse et que je commençai à y croire vu que mes règles n'arrivaient pas. La FIV ne m'inquiète pas. Le plus dur, c'est l'attente ». (Entretien 15. Médecin, 42 ans, sexe F).

Les couples sont confrontés à un parcours long et éprouvant. Il est marqué par des examens de laboratoire, échographies et explorations diverses. Les couples ont des difficultés à se contrôler. La situation devient aléatoire. Plus le temps est proche, plus la situation devient pénible. La peur s'installe dans l'attente des résultats. C'est un parcours

¹⁷ Illustrations des femmes avec lesquelles nous avons assisté au bloc opératoire lors du transfert des embryons.

difficile. Les couples attendent quinze jours après le transfert. Les examens vont dévoiler la réussite ou l'échec de l'intervention.

II. I .6. ATTENTE DES COUPLES APRES LA FIV, LE VERDICT DE L'INTERVENTION

Une fois la fécondation réalisée, les embryons se développent en « milieu de culture » pendant deux à six jours. Ils sont ensuite implantés dans l'utérus de la femme. Selon les médecins, on ne place pas plus de deux à trois embryons, afin de réduire les risques de grossesse multiple qui débouche plus souvent sur un accouchement prématuré. Deux semaines après l'intervention, commence alors une « longue attente pour le couple » pour savoir si la pratique a réussi. Cette attente est souvent le moment le plus éprouvant. Sachant que les examens préalables, les prises de médicaments et les piqûres sont sources de stress. Mais, selon de nombreux couples, le plus dur est quand il n'y a plus rien d'autre à faire que d'attendre le résultat.

« C'est une attente allongée. Une attente stressante comme si on vient de passer le bac. On est là à se palper les seins, à frissonner à la moindre petite impression d'une sensation inexplicable dans le bas ventre. Nous devons vivre deux semaines au ralenti livrés au destin». (Entretien 29. Ingénieur en chimie, 39 ans, sexe M).

Pendant cette période faite souvent d'essais répétés, le couple éprouve des difficultés à programmer sa vie: tout tourne autour des essais. C'est pourquoi la FIV nécessite une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire. Tout au long du processus, les médecins, les infirmières et les biologistes accompagnent le couple. Il semble souhaitable que le centre de procréation se dote d'un psychologue. La stérilité est source de souffrance avant tout psychique. La décision de recourir à la FIV soulève bien des questions. La majorité des couples qui commencent une FIV se voit proposer une consultation chez un psychologue.

La souffrance liée à la stérilité peut être ancienne. Le couple qui ne réussit pas à avoir un enfant ne consulte pas toujours rapidement, sans oublier le parcours médical marqué par des incertitudes et des échecs. Si les échecs s'accumulent, la décision peut être prise d'arrêter le traitement en imposant de « faire son deuil» du désir de maternité ou de paternité.

Le délai est très long entre le moment où le couple consulte son médecin et son engagement auprès de la structure médicale de PMA. Puis brusquement, l'infertilité est découverte par le couple lors des résultats d'analyses qui sont le plus souvent remis à l'intéressé. Si certains hommes restent désorientés, doutent ou dénie la nouvelle situation. D'autres se trouvent avec brutalité en proie à des sentiments très agressifs de castration. Ils perdent l'espoir d'un

avenir filial et craignant pour leur couple. C'est au cours de ce moment, la période d'attente, que les relations se jouent ou se rejouent. Ils se tournent alors fatigués physiquement et psychologiquement. « Le deuil de la fertilité s'organise autour d'une réalité objective sans aléas. L'atteinte narcissique se trouve diluée dans la reconnaissance de la non-altération de la puissance sexuelle : c'est un moyen mis en œuvre par l'homme pour lutter contre la blessure narcissique. Parvient alors au champ de la conscience la dualité entre pouvoir de fécondation et puissance sexuelle » (Czyba, J.C., Chorier, H. - Clement J.L. 1985).

En effet, si la grossesse n'est pas survenue, des troubles sexuels ne semblent donc pas être dus uniquement au traitement, mais aussi à l'échec de la technique (projet d'enfant).

II. I. 7. LE PARCOURS DES COUPLES FACE A L'ECHEC

Au centre de PMA, les femmes ayant déjà subi les échecs, n'hésitent pas de conseiller les autres qui viennent d'intégrer le centre. Elles pensent que leurs mots, leurs vécus peuvent être encourageant et motivant. Le pourcentage de réussite des différentes techniques pour vaincre l'infertilité, aussi bien chez la femme que chez l'homme, est estimé à 34 %. Certains gynécologues notent que la réussite de cette pratique dépend aussi de l'état de santé du couple.

« Dans le cas où l'un des partenaires ou les deux souffrent d'une maladie chronique ou d'une quelconque anomalie, il est important de leur signaler que les chances de réussite restent minimes. Une fragilité ou l'insuffisance du nombre de spermatozoïdes peuvent conduire à un échec ». (Gynécologue du centre, sexe M).

Les couples sont donc en étape finale. Les examens vont montrer la réussite ou l'échec de l'intervention. Ainsi, malgré tous les moyens mis en œuvre, le taux de réussite est limité¹⁸.

« Après mes trois échecs en insémination artificielle, FIV et ICSI, j'ai eu des transferts d'embryons qui n'ont pas marché. Ce mois ci, j'ai eu du décapeptyl puis du purégon¹⁹. Et il y

¹⁸ Toutes les techniques confondues, la FIV, ICSI avec sperme testiculaire, mis à part les IAC, notre taux de réussite global oscille entre 25% et 30%. Les raisons d'espérer existent et sont réelles. Il faut y croire fortement. En même temps tenez compte des échecs qui s'élèvent à plus de 70%. Texte extrait du L'espoir de donner la vie, estimation des chances de réussite, clinique de procréation médicalement assistée AL-FARABI, Annaba, l'est de l'Algérie.

¹⁹ Décapeptyl et Purégon sont des traitements stimulation hormonale que les femmes prennent avant la FIV. Cette pratique exige le recours au médicament Puregon, créée par les laboratoires Organon de nationalité hollandaise. Le prix de ce médicament peut atteindre jusqu'à 10.000 DA. Le médicament Puregon est remboursable au niveau de la Caisse nationale d'assurances sociales. Il contient l'hormone folliculo stimulante (FSH) recombinante, c'est-à-dire obtenue par recombinaison génétique. Ce produit injectable est indiqué pour obtenir la croissance d'un follicule chez une patiente ayant des troubles de l'ovulation résistante. Aussi, et du fait qu'il n'existe pas de schéma unique de posologie, le médicament Puregon est par conséquent administré au cours

a 5 jours, j'ai fait mon injection et j'ai fait ma ponction d'ovocytes hier matin. Le médecin m'avait dit que j'avais 5 gros follicules. En fin de matinée aujourd'hui j'ai appelé le labo de FIV et on m'a annoncé que 2 ont également été retirés car ils étaient de mauvaises qualités donc selon eux non fécondables. En résumé, il ne me reste que 3 ovocytes en voie de fécondation. « Malheureusement » cela échoue encore, ce que je n'espère pas ». (Entretien 05, enseignante, 38 ans).

Face à l'échec, la situation est vécue de façon pénible. Les professionnels sont confrontés aux remarques négatives des couples qui remettent en question leurs compétences face à la complexité d'engendrer une naissance. La majorité des couples s'attendent à subir des épreuves difficiles. Au cours de sa vie, la femme produit plus de 400 ovulations. L'homme produit une abondance de spermatozoïdes pouvant féconder un ou plusieurs de ces ovules. Les médecins confirment que tout changement dans la séquence complexe du processus de fécondation peut interrompre la conception et donner lieu à une stérilité.

Il est difficile pour l'équipe médicale de faire admettre aux couples que le hasard préside à la conception de l'enfant. Il se trouve plus difficile de leur faire comprendre que malgré tous leurs efforts, personne ne peut savoir quand se réalisera le projet de couple.

Par contre, les hommes se mettent en colère. Ils remettent en cause cette pratique. D'autres dépriment totalement. Ils vont se remettre à Dieu. " On ne peut rien faire, c'est la volonté de Dieu".

Il est difficile pour le couple de faire le deuil. Et si la procréation naturelle impose son rythme et ses limites, la procréation artificielle impose ses échecs et ses deuils.

L'échec de la pratique de PMA a des conséquences psychologiques, relationnelles et sexuelles qui affectent différemment les hommes et les femmes. Les couples manifestent des comportements dépressifs et d'absence d'estime de soi. Ils cherchent l'isolement. La situation d'échec est souvent accompagnée par l'origine de la sexualité. Elle est vécue d'une façon différente. Les hommes nous apparaissent moins anxieux quand l'origine de l'infertilité est attribuée aux femmes. A contrario, celles-ci sont angoissées quelle que soit l'origine de l'infertilité. Quand l'infertilité est d'origine masculine, le ressenti des hommes est vécu de façon remarquablement dépressive avec une représentation perturbée de l'image de soi. Ce qui dévoile une confusion entre fonction procréatrice et impuissance.

La femme, quant à elle, lorsqu'elle est à l'origine de l'infertilité, traduit un sentiment de culpabilité. Il est d'autant plus intense que l'absence de l'enfant en lui-même ne permet pas

de stimulation et des dosages hormonaux permettant d'ajuster la posologie individuellement en fonction de la réponse ovarienne.

d'acquérir le statut de mère tant convoité parce qu'il peut donner sens à sa vie. L'infertilité est donc souvent à l'origine de dépression et de rupture. Les couples, bouleversés par la non-réalisation de leur désir d'enfant, cherchent dans la technique de procréation médicalement assistée la possibilité de réaliser leur désir même en échappant à une sexualité naturelle « non procréatrice » par une procréation artificielle hors sexualité.

« Quand j'ai commencé le traitement, piqûres et échographies journalières, je me demandais si tout cela avait un sens et surtout si je parviendrai un jour à concevoir un enfant. On ne nous informe pas assez. » (Entretien 14, médecin, 39 ans, sexe, F).

Chaque acte médical non réussi est vécu comme son propre échec. Le deuil est difficilement surmonté. Le désir profondément ancré d'avoir et de voir son enfant conduit parfois à la tentative d'adoption. Les limites des techniques de procréation médicalement assistée sont reconnues par certains médecins eux-mêmes. Elles entraînent parfois une véritable souffrance de leur part comme celle de voir les attentes démesurées des couples et leur exigence de résultats immédiats.

L'insuffisance de l'accompagnement psychologique est trop souvent évoquée notamment en cas d'échecs répétés. Ce manque de soutien peut ainsi être à l'origine d'acharnement pour tenter à procréer. Et si la procréation naturelle impose son rythme et ses limites, la procréation artificielle impose ses échecs et ses deuils. Les couples ayant recours à la PMA, quel que soit leur âge, essayent de faire le deuil de leur fertilité et acceptent le fait qu'ils n'auront pas d'enfant naturellement. Ils ont tous peur de ne jamais avoir d'enfant. Cette perspective n'est pas facile à accepter quand le couple est jeune. Il nous semble inimaginable un avenir qui sera peut-être sans enfant à 25 ou 30 ans, n'est pas plus facile qu'à 40 ou 45 et plus. Tous ces couples en PMA essayent de surmonter le sentiment « d'injustice » qui peut s'emparer d'eux, qu'ils soient jeunes ou moins jeunes. Chaque couple traverse cette épreuve de manière différente en fonction de ses aptitudes et de son parcours personnel.

II. I. 8. L'AGE COMME FACTEUR ANGOISSANT

Trois éléments majeurs ne permettent pas aux couples d'accéder à la PMA en toute sérénité : Le recul d'âge du mariage, le coût financier important des interventions et le délai de la multiplicité du recours thérapeutique très long pour intégrer la PMA.

« Les couples sont soumis à d'interminables parcours infructueux qui se soldent par une irréparable perte de temps. Et de plus, l'obstacle majeur est d'ordre financier », (Gynécologue du centre).

Les couples craignent la reproduction des échecs sans toutefois s'y opposer.

« Il arrive qu'une tentative réussisse une première fois, une deuxième puis une troisième... et même jusqu'à une cinquième fois. Parfois, ça ne réussit pas du tout. Cela dépend du problème auquel nous faisons face ». (Médecin biologiste).

Ce dernier insiste toutefois sur un point fondamental : l'âge du couple, particulièrement celui de la femme. Plus la femme est jeune, plus elle a de fortes chances d'avoir une grossesse correcte. D'autres couples tardent à consulter. Ils sont souvent mal informés sur la PMA. Or, les chances de réussite diminuent avec l'âge, en particulier au-delà de trente ans. On ne pratique plus de FIV quand la femme a quarante deux ans révolus.

Le discours des couples notamment les femmes montre que l'âge est un facteur de stress et d'angoisse supplémentaire pour eux. Loin d'utiliser l'argument de l'horloge biologique pour revendiquer le monopole de l'angoisse face à la FIV, ces femmes soulignent que plus le temps passe, plus le nombre de tentatives disponibles diminue et donc que l'espoir s'amenuise. Ce qui ajoute forcément à l'inquiétude qui précède chaque essai et à la douleur accompagnant chaque échec.

« En tant que "jeune" nous avons entamé notre 1ère FIV à l'âge de 39 ans, je ne me suis jamais posée beaucoup de questions sur la manière dont on peut vivre une telle expérience à un âge plus avancé. Bien sûr, à aucun moment de mon parcours de FIV je n'ai cessé d'entendre le tic tac de l'horloge biologique, car je connais les statistiques de réussite des FIV, et je sais qu'elle chute fortement avec l'âge ». (Entretien 01, enseignante à l'université, 42 ans).

Le nombre d'ovocytes recueilli par ponction diminue avec l'âge.

« De 12 en moyenne entre 25 et 30 ans à 5 en moyenne à partir de 40 ans. D'autre part, le taux de nidation diminue également avec l'âge féminin, lorsque l'on transfère à 2 jours de culture, il chute de 15% entre 25 et 30 ans à 7% à 40 ans. Ainsi, au global, le taux de grossesses par ponction diminue avec l'âge féminin : il est stable jusqu'à 35 ans, mais passe de 24% à 30 ans, à 14% à 40 ans puis à 2% à 45 ans ». Gynécologue.

L'âge peut au contraire motiver certains couples. Il ne s'agit de perdre de temps et multiplier les tentatives.

« Mais j'ai fait tout cela sans vraiment me poser de questions, dans le sens où je n'avais jamais pris la peine de réfléchir à ce que l'on peut ressentir lorsque l'on est en PMA depuis des années et que l'on voit le temps passé sans grossesse et les chances de réussite diminuer en raison de l'âge ». (Entretien 01, enseignante à l'université, 42 ans).

Certains couples évoquent la peur au recours à la PMA. C'est donc cette nouvelle pratique de procréation artificielle *« hors naturel »* qui a poussé les couples à poser des questions sur la faisabilité ou plutôt la légitimité de cette technique. Le regard de l'entourage socio-familial est stigmatisant et pesant. La pression sociale pourrait les inhiber à y recourir. Pour eux, la pratique de la PMA est une transgression aux normes sociales de procréation.

II. I. 9. LE RENONCEMENT DE LA TENTATIVE

Le renoncement au projet parental est rarement exprimé. Le couple exprime souvent un découragement et une lassitude vis-à-vis des répercussions physiques et psychologiques des traitements de FIV. Les alternatives semblent être proposées. Parfois le vécu des tentatives de FIV aboutit à un abandon rapide de toute prise en charge. Certains couples ont arrêté toute prise en charge après le premier échec de FIV.

« J'ai un parcours très compliqué et difficile à digérer... pour résumer, cela fait 8 ans que nous essayons d'avoir un bébé, au bout d'un an on nous a appris que mon mari était quasi stérile... et puis un jour, miracle, je suis enceinte ... mais fausse couche ... puis nous sommes dirigés vers ce centre de P.M.A. pour une fécondation avec ICSI, vous savez comment ça se passe pas besoin de vous raconter.... bref, la première fut la bonne... on m'a implanté deux embryons. Un seul s'est développé, aucune trace du deuxième... au bout de quatre mois de grossesse plus que tumultueuse, saignements permanents, douleurs, vomissements....urgences. J'ai fait une hémorragie interne, j'ai été opérée en urgence, Vous comprenez donc pourquoi j'hésite à faire une nouvelle tentative, même si les médecins me disent qu'il n'y a que très peu de chance pour que ça se reproduise... mais j'ai tout simplement peur... Il me reste quelques embryons... ils seront implantés un par un de toutes façons. L'envie de bébé est toujours là, mais la peur aussi parce que moi et mon mari nous risquons de ne pas pouvoir être parent ». (Entretien 08, femme au foyer, 32 ans).

La PMA n'est pas une partie de plaisir. Les stimulations sont éprouvantes. Le plus dur, c'est l'échec. Un couple qui souffre mais qui parvient à avoir un bébé peut tolérer les multiples épreuves subies. Mais l'attente et les échecs sont évidemment les étapes les plus

douloureuses de la PMA. L'échec est très présent à l'esprit des couples infertiles. Ils pensent que les taux de réussite sont minimes.

Chaque histoire est différente d'une autre. Une femme atteinte de ménopause précoce à 38 ans sera peut-être plus conduite à arrêter la PMA. Par contre, une femme de 40 ans peut très bien répondre à des stimulations sachant que la fertilité diminue entre 35 et 42 ans. La décision d'arrêter ne concerne pas seulement l'âge mais la probabilité pour un couple d'aboutir à une grossesse. Si les chances sont inexistantes ou très faibles, la décision d'arrêter est vécue comme un déchirement accompagné d'une immense tristesse. Cette décision est plus ou moins bien acceptée selon la place de l'enfant dans le couple. Qu'est-ce qu'un couple avec ou sans enfant ? La question se pose et remet parfois le couple en cause. Contrairement aux idées reçues, le projet d'adoption ne s'impose pas forcément après un échec de FIV. Certains couples ont besoin de quelques années de maturation et de réflexion avant de penser à l'adoption. Pour la plupart des couples, il y a une vie après la FIV.

La femme est plus « volontaire » et acharnée que l'homme. Elle est prête à tout sacrifier pour avoir un enfant. Mais tous les deux savent que la PMA est très aléatoire. Le sentiment de culpabilité les pousse à chercher les raisons en eux-mêmes. Mais il n'existe pas de remède miracle. On évoque souvent le cas de couples ayant adopté un enfant après un long parcours de PMA et qui attendent naturellement un enfant.

Après des échecs répétés de FIV, le recours à l'adoption est choisi par certains des couples et l'abandon du projet d'enfant est accepté par une fraction réduite des couples confrontés aux échecs répétés de FIV. Le responsable médical propose aux couples l'arrêt des tentatives car le « réservoir ovarien » chez la femme est vide et les spermatozoïdes de bonne qualité chez l'homme sont inexistantes. Dans cette situation l'encadrement psychologique de ces couples ne doit pas être négligé.

Ne pas avoir un enfant crée en général une crise au sein du couple liée à la crainte d'être brutalement confronté à l'impossibilité de créer, de procréer et de se perpétuer. A contrario, le désir d'un enfant prend sa place dans l'histoire d'un couple qui envisage cette réalisation comme un événement attendu et incontournable dans leur vie. D'autres couples continuent leur parcours en procédant à une autre tentative afin d'aboutir au résultat positif.

II. I. 10. LA REUSSITE.

Une fois la pratique de procréation médicalement assistée réussie, la consécration définitive du couple est garantie. C'est le bonheur qui règne dans la vie du couple. Selon la responsable de ce centre, depuis août 2004 jusqu'à 2006, 120 cas ont été traités. Sur les 40 personnes présentées pour subir ce genre d'intervention, 14 grossesses ont été obtenues. Parmi ces grossesses, trois femmes ont eu des jumeaux et une a eu des triplés. Cette dernière est âgée de 40 ans. Elle présente une stérilité primaire depuis 12 ans.

D'après les statistiques relevées au niveau du centre El Mawloud, on note une augmentation du nombre des naissances entre l'année 2004 et 2006, de 23 à 34 %. Cette augmentation révèle la ténacité des couples pour effacer la stérilité et la stigmatisation. Finalement, avoir un enfant demeure encore le signe de la conformité. Enfanter ne serait plus se soumettre aux lois de nature, ni répondre à une exigence économique, mais assouvir un souhait.

Il est important de rappeler que la période d'enquête de quatorze mois, nous a aidés à suivre les couples et connaître le résultat de la pratique. Parmi ces quinze couples, six ont réussi. Les naissances ont eu lieu à l'hôpital public et d'autres en cliniques privées.

« Après huit ans de galère, avec plus de 4 ans à tourner entre les gynécologues. Après toutes ces années de souffrance, après plus de deux ans et demi dans le parcours de PMA, sans compter tous ces examens, j'ai mis de côté toute la crainte et la discrétion. J'ai eu le courage de refaire une sixième FIV et sans être angoissée pour ce qui va arriver : se faire du souci pour mes ovocytes, encaisser les échecs, endurer le regard des gens. Enfin cette fois-ci, c'est positif... C'est vraiment un sentiment indéfinissable. Une libération, la concrétisation de toutes ces années de sacrifices et d'espoir. Une émotion si forte que l'on se sent dans un état presque second comme après une montée d'adrénaline. Je goutte enfin ce bonheur tant attendu depuis tout ce temps. Je ne pourrais jamais oublier par où nous sommes passés pour y arriver. Mon entourage familial a changé de regard vis-à-vis de moi. Enfin, on me considère une femme comme les autres ». (Entretien 06. Femme au foyer, 38 ans).

Encouragée moralement par sa mère et sa sœur, soutenue fortement par son mari qui n'hésite pas à aller voir des amis pour de nouveaux emprunts, cette femme revient au centre de procréation et subit une troisième ponction d'ovocytes. Sa voisine de salle, plus jeune de trois ans, subit la même opération mais n'y pense même pas. Cette femme revient avec un grand sourire. Elle semble tellement heureuse d'avoir franchi le pas. Après quelques mois, cette femme nous appelle au téléphone et nous dit avec un immense cri qu'elle est enfin enceinte à nouveau.

« *C'est assez difficile à décrire, parce que c'est un petit peu intime. On se sent vraiment proche de soi, et là on sent vraiment qu'en soi on porte quelqu'un, enfin voilà. On ressent notre existence et c'est par l'aide médicale.* » (Entretien 06, femme au foyer, 38 ans).

Après l'accouchement, cette femme revient au centre de procréation accompagnée de son bébé. Une autre femme descend l'escalier. Son dossier tombe par terre. Toute en larmes, elle tient maladroitement son téléphone portable. Son corps tremblait. Elle essaie de joindre son mari qui attend à l'extérieur dans la salle d'attente.

« C'est positif, je suis enceinte ! Je suis enfin enceinte! » crie-t-elle en pleurant. « Je suis enceinte ! Après 12 ans de mariage, 12 ans de souffrance et de combat ! » répète-t-elle plusieurs fois, comme pour se convaincre du miracle qui a, enfin, pu se produire.

Depuis qu'elle s'est mariée, ils n'ont jamais cessé, elle et son mari, de consulter des médecins spécialistes pour régler ce problème de stérilité.

En conclusion, avoir des enfants demeure encore un objectif pour la majorité des couples. Les enfants représentent une joie et contribuent à atteindre le but de leur vie. Attendre un bébé, rêver d'avoir un, est une expérience unique. Pour les couples c'est tout le bonheur.

CHAPITRE II: LES ENJEUX DE LA P.M.A.

Ce chapitre tente d'analyser un triple enjeu. Le premier enjeu concerne les contraintes économiques. Les couples stériles rencontrent des difficultés financières. D'une part, les médicaments sont trop onéreux. L'acte médical est aussi excessivement cher. D'autre part, les examens et les actes médicaux ne sont pas remboursables même aux assurés. Il s'agit d'une pratique médicale où les taux de réussites sont minimes. Certains couples tentent d'autres tentatives. Ceci exige un capital énorme. Or, les couples sont dans l'impossibilité d'avoir cette offre médicale facilement. Cette situation les oblige à chercher des moyens multiples pour pratiquer la P.M.A. et réaliser leur projet d'enfant.

Le deuxième enjeu nous montre les conséquences de la P.M.A. sur le corps des femmes. Il s'agit pour nous de prendre en considération la façon dont le corps stérile est traité dans le champ médico-social.

Nombreuses sont celles qui se tournent alors vers la médecine et consultent pour infertilité. Face au médecin, la demande d'avoir un enfant se transforme en une demande de savoir les raisons de l'infertilité. À partir d'un désir de maternité parfois vague, chacune s'engage dans un parcours qui conduit à un changement total de la perception de soi : la représentation du corps et son vécu se modifient. Le corps devient un enjeu entre soi et le discours médical.

Les femmes stériles entrent dans le système de soins de la médecine. Elles se trouvent de plus en plus acculées à rendre leur corps un objet que seule une anomalie visible (les trompes bouchées, par exemple) peut altérer. Cet état peut aller jusqu'à l'obsession de l'idée d' «un corps handicapé», un corps malade. A travers l'analyse de ces témoignages, la médecine contribue à faire du corps une mécanique, un objet, qui devient comme étranger à soi.

L'image du corps des femmes infertiles est souvent évoquée. C'est le corps qui va être rejeté. Il devient laid, lourd, une entrave, un obstacle, jamais source de plaisir ou de sensations agréables. On arrive à fuir les rapports sexuels : c'est alors une nouvelle maladie que celle d'être contraint à vivre un « corps objet ». Pour certains couples, la PMA ne permet pas de vivre une sexualité plus épanouie. Il ne faut pas négliger les petites inventions telles que la cœlioscopie dont les femmes souffrent dans leur intimité. Les travaux anthropologiques sur le genre et le féminisme ont contribué à comprendre quelques dimensions de cette sexualité.

Le troisième enjeu représente un facteur très craignant. Il s'agit de la question éthique. La question morale se pose encore. La procréation médicalement assistée ne se pratique que dans le cadre du couple légitime. Le Coran fixant la règle de la filiation légitime à telle enseigne d'ailleurs qu'en Algérie la reconnaissance légale de l'adoption et celle du droit de

l'enfant naturel à porter sa dénomination apparaît comme des avancées d'une modernité remarquable ou à d'autres yeux une transgression. À l'égard de la PMA, l'Islam ne voit pas l'intervention technique du médecin comme « contre nature » puisque la religion définit la procréation comme le rapprochement des gamètes (des semences) des deux sexes.

II. II. 1. LES CONTRAINTES ECONOMIQUES DES COUPLES.

Les techniques médicales de procréation sont pratiquées exclusivement dans le secteur privé de santé à but lucratif. Les patients sont orientés par des professionnels du secteur public. Le discours des patients traduit leur mécontentement comme l'absence de la P.M.A. au niveau du secteur public²⁰. L'état se limite à rembourser uniquement les médicaments.

« Les problèmes de stérilité féminine ou masculine ou les deux sont rarement considérés comme un problème de santé publique. Je me demande pourquoi les techniques de procréation, la P.M.A., ne sont-elles pas pratiquées dans des C.H.U? C'est un problème qui touche les riches et les pauvres? » (Entretien 30. Ingénieur, 45 ans, sexe M)

Le privé se substitue au secteur public dans une société qui tente de s'ouvrir à l'économie de marché. La venue des spécialistes étrangers, l'importation de l'équipement de haute technologie et des médicaments coûteux, montrent bien l'instauration d'un véritable marché de la stérilité. Ce dernier est très lucratif. Il intéresse l'industrie pharmaceutique et les laboratoires chargés de vente d'équipement. Si aujourd'hui les spécialistes de la procréation médicalement assistée ont prouvé leur maîtrise de pratiquer ces techniques telles que la fécondation in vitro, la stimulation ovarienne, la micro-injection, les couples éprouvent d'énormes difficultés pour financer toute tentative de procréation médicalement assistée. Cet acte médical n'est toujours pas remboursable par la sécurité sociale. Les traitements prescrits coûtent excessivement chers. Ils ne figurent pas sur les listes des médicaments remboursés. Le procédé de la fécondation in vitro n'existe pas également dans les chapitres des « pathologies » prise en charge par la sécurité sociale. Ce qui met les prescripteurs devant une situation gênante. Les spécialistes sont également confrontés aux difficultés d'approvisionnement en produits (médicaments et matériels) inexistantes en Algérie. Ils proviennent de l'étranger.

Le traitement est très coûteux. Certains médicaments prescrits ne sont remboursés qu'aux seuls assurés sociaux.

« Il est vrai que le traitement est très coûteux et qu'il avoisine les 100 000 DA. Un enfant n'a pas de prix, et pour certains couples, le passage au centre représente l'intervention de la

²⁰ La procréation médicalement assistée fait l'objet d'un débat entre professionnels algériens et étrangers dans le cadre d'un symposium organisé par le ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière. L'Algérie compte aujourd'hui soit 7% de la population générale souffrant d'infertilité. Ce chiffre a été annoncé par Mme la directrice de la Population au niveau du ministère de la Santé en se basant sur une étude réalisée en 2002. Selon elle, l'objectif du ministère est d'arriver à créer d'ici à 2009 trois centres de PMA au niveau des CHU (centre universitaire hospitalier) d'Alger, Oran et de Constantine (El Watan, 6 décembre 2007, p 11).

dernière chance même si les prix appliqués ne sont pas à la portée d'un simple citoyen. Nous avons eu à traiter le cas d'un couple qui a attendu en vain pendant 20 ans. Pour des cas comme celui là, cela relève d'un miracle scientifique, bien sûr. » (Biologiste, responsable du centre, sexe F)

Les couples n'ont pas le même statut social. Leurs situations sociales et économiques sont inégales. Ils rencontrent des difficultés pour le financement des interventions médicales. Le bilan médical et l'acte d'intervention sont pris en charge par les patients. Il exige des consultations régulières, des examens médicaux (échographie, prélèvement de sperme, célioscopie). Seuls les traitements hormonaux sont remboursés par la sécurité sociale.

« La première tentative de fécondation in vitro m'a coûté tout mon compte épargne et pour cette fois-ci il me faut encore de l'argent. je voudrai vendre mon lot de terrain mais ma femme refuse, elle veut abandonner l'opération. Nous en avons marre. » (Entretien 03. Enseignante, 35 ans).

« Mon mari travaille comme gardien dans une école. Ma famille m'a aidée matériellement, j'étais déçue suite à l'échec de ma première tentative, je risque de tout perdre, ça serait un double échec moral et matériel. » (Entretien 06. Femme au foyer, 38 ans).

L'acte médical coûte entre 100 000 et 170 000 DA. Si nous comptabilisons toutes les dépenses (le bilan médical, les examens médicaux, la prise de sang, l'acte médical), le prix peut varier entre 220.000 et 300.000 DA. Les coûts financiers excessifs contrastent avec le taux faible de réussite. Les enjeux financiers sont liés à la croissance de la demande. « Dans le privé, c'est la loi du marché avec un contrôle des pratiques les plus lucratives qui peuvent être proposées et ceci sans garantie de résultat. Les couples s'endettent et revendiquent un droit à la consommation de nouvelle technique source d'espoir. » (Becker, 2000).

La technologie importée par les centres de P.M.A. impose des moyens financiers très importants. La P.M.A. exige l'acquisition des médicaments produits par les laboratoires anglo-saxons. Ils sont trop chers. Par ailleurs, les coûts de ces inséminations artificielles ou des injections in vitro demeurent excessivement chers et non remboursés par la Sécurité sociale. Elle ne les considère pas toujours comme un acte médical. Les médecins revendiquent le remboursement de ces actes. Seuls les médicaments utilisés pour stimuler l'ovulation chez la femme sont remboursés pour les femmes assurées

Il est important d'insister sur le désarroi des couples infertiles. Ils souffrent des inégalités sociales couvrant le remboursement des médicaments. La caisse sociale militaire rembourse cette intervention à 100%. Les affiliés à cette caisse bénéficient d'une prise en

charge de la P.M.A. Le remboursement des autres assurés n'est garanti que pour certains médicaments. Toutes les tentatives de fécondation in vitro ou d'insémination artificielle sont prises en charge. Les couples au revenu moyen souhaitent que les actes médicaux soient remboursés au bout de la troisième tentative au même titre que « les militaires » qui bénéficient de ce remboursement à 100%.

Il est intéressant de se demander comment ces couples font face aux difficultés financières pour pouvoir réaliser leurs interventions.

II. II. 2. ENTRAIDE ET SOLIDARITE

Même si les patients sont contraints de mobiliser leurs ressources relationnelles et matérielles, l'argent recueilli auprès des proches parents ne leur donne aucune garantie quant à la réussite de l'intervention. «Et si je donne ces 22 ou 30 millions de centimes et que la tentative de procréation échoue?» s'interrogent des couples.

« Pour financer l'opération, il a fallu que je fasse des économies et encore, ma femme a vendu tous ses bijoux. Mes amis m'ont prêté de l'argent et à savoir si ça réussit ! » (Entretien 27. Fonctionnaire, 45 ans, sexe M.)

Les couples empruntent de l'argent chez des proches et des amis. Les femmes vendent leurs bijoux. Certains couples dépensent trois fois pour trois tentatives et plus. Les voyages et frais de déplacements sont inclus.

Certains couples résident dans les villes avoisinantes. Ils réservent une chambre d'hôtel près du centre de procréation. Ils évitent les déplacements des femmes par route. Ils peuvent se reposer et se protéger contre les risques de fausses couches. Certains vont même jusqu'à louer une petite maison durant toute la période du traitement.

« Je viens de Tindouf du Sud-Ouest algérien et je n'ai aucune personne proche ici à Oran, moi et mon mari avons loué une petite maison parce que nous n'avons pas assez de moyens pour nous déplacer régulièrement. » (Entretien 07. Femme au foyer, 41 ans).

La stérilité est le plus souvent mal vécue par les couples. Les couples sont donc prêts à tenter de multiples traitements à dépenser beaucoup d'argent et de temps pour continuer leurs parcours dans le but d'avoir un enfant.

La majorité des couples affirment qu'ils ont reçu de l'aide matérielle de leurs familles. Les mères et les belles mères se chargent de récolter l'argent. Cet argent permet aux couples d'acheter des médicaments. Pour faire face aux frais des interventions, certains couples s'appêtent même à se rendre en Tunisie, en Jordanie ou en France à la recherche de cet enfant qui tarde à venir.

Cette entraide est révélatrice de certains aspects du fonctionnement des relations entre femmes des deux générations différentes. L'analyse de l'entraide entre belles mères et belles filles permet de comprendre une dynamique féminine dépassant largement les frontières de la parenté par alliance.

De nombreuses prestations circulent entre parents et enfants, entre beaux parents et belles filles. Malgré la norme de réciprocité entre générations. Elles profitent davantage à la génération plus jeune. L'aide prenant souvent la forme d'une aide à l'installation du jeune couple (Pitrou, A, 1992, J.H. Déchaux, 1990, 1994). Cependant, l'aide financière en particulier reproduit et renforce les inégalités sociales. Nombreuses études ont montré la prégnance des inégalités sociales et sexuelles qui sont à l'origine de l'aide intergénérationnelle (A, Degeune, 1991, JH, Déchaux, 1994).

L'entraide doit être discrète. Il importe de ne pas montrer une volonté de domination des beaux parents. Les travaux de M. Mauss sur les règles du don et du contre-don sont transposables à la relation affinée « donner, c'est s'assurer de recevoir car le don entérine nécessairement la notion du crédit » (Mauss, 1993).

« Parfois on nous prête de l'argent, ensuite on vous dit que grâce à nous que tu as pu avoir ce que tu as demandé. Parfois nous sommes obligés de leur dire pourquoi nous avons besoin de leur argent... ». (Entretien 09. Femme au foyer, 30 ans).

Le don est bien vécu par les belles filles. Leurs parents produisent approximativement le même geste pour rétablir l'équilibre. Le sentiment de dette et de dépendance envers les beaux parents est contrarié par le don équivalent des parents au jeune couple. Il y a donc une symétrie entre les deux familles et sentiment d'équité. Elles intériorisent la notion de transmission. L'argent reçu est destiné à la famille. Il autorise la reproduction familiale. Les femmes préfèrent recevoir l'argent de leurs mères plutôt que de leurs belles mères. On assiste à une forte complicité entre les femmes et les mères. A, Pitrou, (1992) et De Singly, François ont montré que les relations d'un couple sont plus intenses avec la famille de la femme.

Des relations d'entraide directes sont d'autant plus senti qu'elles soulignent un écart social important entre belles filles et beaux parents « par conséquent si l'aide aux enfants et aux beaux parents est perçue comme un dû par la plupart des familles cette prestation n'est pas dénuée de signification sociale et de rapport de force. Enfin c'est une logique féminine que met en évidence la relation d'entraide dans la parenté par alliance. Cette dimension relationnelle met en scène notamment la belle fille, la mère et la belle mère. Elle montre que la famille « fonctionne » encore largement au féminin » (Clotilde Lemonchant, 1994).

Les enjeux liés au coût financier ne semblent pas les seules difficultés rencontrées par les couples dans le processus du recours à la PMA. Les risques de santé des femmes sont importants. Des interventions lourdes s'imposent. La prise de doses importantes d'hormones fait partie du protocole de la FIV dans le but d'obtenir plusieurs ovules. L'objectif est de créer plusieurs embryons et d'en implanter plusieurs. Rappelons que le taux de succès de l'implantation d'un seul embryon est trop faible.

II. II. 3. LA TECHNIQUE ET LE CORPS DES FEMMES

Les effets pervers des techniques de procréation médicalement assistée sur le corps des femmes sont importants. D'une part, les femmes subissent des traitements préalables très lourds présentant des risques de grossesses multiples. D'autre part, elles sont confrontées à un parcours médical très long, ayant des répercussions sur leur vie professionnelle et sociale. De surcroît, l'échec de la PMA accentue leur stress. Il s'agit d'une démarche à la fois douloureuse et contraignante. Le traitement débute par des examens médicaux réguliers notamment des prises de sang, des échographies et des piqûres.

Les femmes semblent actives dans le déroulement de la fécondation. Elles suivent un calendrier à partir du premier jour du cycle menstruel et du déclenchement de l'ovulation. Les injections sont souvent prévues le matin. Elles n'hésitent pas à questionner leurs gynécologues sur la prise de traitement. Mais le recours à la technique crée des conflits et des changements dans leur vie quotidienne. Par exemple, les femmes qui exercent un travail doivent se libérer de leurs contraintes professionnelles. Cela signifie qu'elles doivent prendre au moins deux demi-journées pour réaliser les échographies. Elles sont souvent obligées d'arriver en retard à leur travail afin de réaliser les prises de sang. Cette situation n'est pas banale. Au bout de quinze ou trente jours de traitement, les femmes se retrouvent avec un corps et des ovaires extrêmement exténués. Elles ont des douleurs au ventre et aux ovaires, sans oublier les effets secondaires du traitement hormonal. Ils sont d'ordre psychologique (stress, anxiété, maux de tête). Peu de femmes évoquent auprès de leur employeur leur stérilité. Elles sont contraintes au mensonge pour avoir des arrêts de travail ou de complaisance.

« Je viens d'Alger accompagnée par mon mari. Nous avons pris un congé. je ne voulais pas dire à mon responsable que mon mari a une azoospermie et que je devais l'accompagner pour faire la fécondation in vitro, ICSI. » (Entretien 13, administrateur dans une banque, 35 ans, sexe F).

Les femmes sont fatiguées en raison de leur traitement. Elles sont donc stressées. La dépression des femmes se caractérise le jour de la ponction. Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou sous anesthésie locale. Le médecin autorise le couple à reprendre

son activité professionnelle dès le lendemain. Pourtant cela lui semble extrêmement difficile en raison du parcours thérapeutique suivi.

« Après avoir vécu trente jours de traitement et une anesthésie générale. En ayant comme perspective l'espoir d'une réimplantation d'embryons deux jours après, je peux vous assurer que vous n'êtes pas en mesure de reprendre immédiatement une activité professionnelle. » (Entretien 02, enseignante, 30 ans)

Le corps de la femme reçoit tous les traitements. C'est un corps soumis à une médicalisation intensive et incertaine.

« J'ai fait des examens à répétition. Une surveillance permanente s'exerce sur mon corps examiné à la loupe. Les médecins découvrent même des virus et des hormones insoupçonnées. Je deviens un objet de recherche. C'est éprouvant d'apprendre des choses qu'on n'a pas forcément envie de savoir sur soi et sur l'autre. Cela pèse sûrement sur ma relation amoureuse. » (Entretien 11. Infirmière, 36 ans).

Ou encore:

« Mon corps me lâche, devient presque mon ennemi. Je n'observe pas à l'échographie que mes follicules augmentent. Je deviens agressive et coupable pendant l'attente des résultats. Je passe ma vie à me surveiller à l'aide de ces résultats d'examens incessants et je deviens transparente et pour moi et pour le corps médical. » (Entretien 08, Femme foyer, 32ans).

Les femmes considèrent leur corps comme une machine mise entre les mains des médecins.

« A force de prendre des piqûres, mon bas ventre est troué comme du baghrir. » 21
(Entretien 10. Vendeuse, 31 ans, 07 ans de mariage, 2 tentatives).

Le corps est sous contrôle de l'échographie. Le corps de la femme est réduit à un lieu d'expérimentation et de prélèvement d'ovocyte ou de réduction embryonnaire. L'homme, pourtant partenaire dans ces expériences, est relativement absent. La médicalisation de la procréation sollicite souvent les femmes. Laurence Tain (2009) a montré dans une étude le discours des médecins adressé aux femmes sans enfant en cours de démarche de traitement manifeste la force de l'injonction médicale. C'est en effet dans une logique « d'entrepreneur moral » (Freidson, 1984) que le médecin exerce une pression sur les femmes pour qu'elles poursuivent la trajectoire hospitalière. Nous avons constaté que les femmes respectent soigneusement les instructions et recommandations du médecin telles que le respect de prise des traitements. La vocation médicale est de soigner. Mais la stérilité n'est pas seulement un état d'inaptitude. La souffrance du couple stérile va bien au-delà. Les médecins sont très sollicités. Ils doivent répondre à la demande des couples stériles. Le discours de l'équipe

21 Gâteau traditionnel troué qui ressemble aux crêpes.

médicale traduit la volonté de contribuer à la santé et au bien-être des couples en matière de procréation grâce aux techniques médicales de procréation. Ceci semble relatif.

A partir des récits de vie, les femmes évoquent les effets secondaires non négligeables tels que : les nausées, les ballonnements, les maux de tête, les bouffées de chaleur et les troubles de la vision.

Dans la plupart des cas, les femmes souffrent d'avantage que les hommes. Elles font l'objet de pratiques expérimentales. En outre, elles sont exposées aux problèmes de santé y compris leurs enfants à naître. « Les conséquences des naissances multiples et de prématurité peuvent augmenter les risques de malformations et de paralysie chez les enfants conçus par la FIV ». (Hélène Rouch, 2003).

Nous avons très peu de données sur la santé des enfants issus par des techniques de procréation médicalement assistée en Algérie. Il ne semble pas qu'il y ait des statistiques fiables sur les naissances issues par cette technique dites « éprouvettes ». Nous ignorons si les enfants présentent des malformations physiologiques. Parmi les couples enquêtés, deux femmes viennent consulter le centre pour tenter une deuxième grossesse. Leurs enfants « éprouvette » ne présentent aucune malformation physique visible ou un trouble de comportement.

En dehors des problèmes financier et sanitaire, la question de procréation artificielle a fortement et longuement sollicité les éthiciens. Tout en permettant à quelques couples d'avoir un enfant, les techniques de procréation médicalement assistée, particulièrement la fécondation in vitro, ont ouvert la porte à toute une série d'expérimentations et de recherches sur la fécondation, la gestation, la biotechnologie et la génétique.

II. II. 04. LA P.M.A. ET LA QUESTION D'ETHIQUE

Le procédé éthique des techniques de la procréation médicalement assistée est criant. La maîtrise de la procréation qui par certains de ses développements pose des problèmes éthiques (Philippe Deschamps, 2006). En Algérie, certains auteurs ont évoqué cette question. Par exemple, Abdelhafid Oussoukine, (2007) écrit : « Voyons maintenant un autre cas qui nous instruira sur la tentation de l'administration à s'ériger en « autorité de régulation » éthique. En effet, plusieurs titres de la presse publique et privée ont rapporté l'exploit d'une clinique privée de l'Oranie qui a pu relever le défi moral et technologique induit par le traitement des dernières techniques de procréation médicalement assistée ». Pour Nasreddine Lezzar, l'article²² du nouveau code de la famille montre la gestion de la fécondité des hommes et des femmes en régissant les mises en application des méthodes d'insémination conçues pour traiter les différents cas de stérilité ou d'infécondité des couples algériens. Le recours à l'insémination artificielle en fécondant artificiellement ne peut se faire qu'avec les semences de deux conjoints. L'insémination artificielle par conjoint ou par abréviation (IAC), l'époux et l'épouse sont les parents biologiques de l'embryon et de l'enfant à naître. Le texte algérien n'autorise que la maternité totale. Il interdit les dédoublements de la maternité. Par exemple, une mère génétique offre son ovule ou une mère biologique accueille l'embryon dans ses entrailles.

En effet, les couples ayant une stérilité incurable où les traitements hormonaux sont inefficaces, nous affirment « avec prudence » qu'il est important d'aller à l'étranger pour essayer une nouvelle tentative.

« Ma femme a tenté deux interventions réussies mais elles ont toutes fini par de fausses couches, elle a donc un problème de nidation seulement. Si cette fois-ci, elle ne

²² Le nouveau code de la famille soumet le recours aux méthodes d'insémination ou de fécondation artificielles aux conditions suivantes : 1- La légalité du mariage. 2- Le consentement des deux époux et de leur vivant ; ceci pour prohiber les inséminations post mortem devenues possibles avec le développement de congélation des spermatozoïdes permettant ainsi la naissance d'enfants longtemps après la mort de leur géniteur. 3. L'interdiction de l'insémination en dehors du mariage. 4. L'interdiction de la fécondation post modern: des enfants naissant longtemps après la mort de leur géniteur fait un peu peur par les situations inédites et inconnues qui peuvent se présenter. L'interdiction de l'insémination artificielle par donneur. Le texte interdit donc aux femmes ayant une ovulation normale et ayant un fœtus accueillant de donner la vie en recourant aux spermatozoïdes d'une personne autre que celle de son conjoint. 4. L'interdiction du recours aux mères porteuses. Nasreddine Lezzar. Le nouveau code de la famille et l'insémination artificielle

réussira pas, nous irons à l'étranger ... ici, on entend soit halal soit harem... sans aucune justification rationnelle...car à mon avis et ça ne concerne que moi, en donnant l'ovule, elle est mère génétique, et en menant la grossesse elle est mère biologique, elle peut être les deux à la fois ou l'une ou l'autre distinctement. Quant au père, il est le père juridique ou le père génétique ». (Entretien 24. **Ingénieur, 40 ans, sexe M**).

Sa femme aussi en est convaincue. Le texte en question mérite un large débat. Cette question dénote clairement le phénomène du dédoublement de maternité. Une mère qui a fourni l'ovule est appelée mère génétique ou mère embryonnaire. Une mère qui assure l'embryogenèse durant toute l'évolution du fœtus sera la mère biologique.

Ce couple est frustré. Pour lui, le texte représente une interdiction pour les médecins et la science en général d'offrir la joie aux couples sans enfants. Jacques Testart (1986), nous explique de ne plus vouloir poursuivre des travaux pour le simple plaisir de faire de la recherche. Elle a, à ses yeux, une fonction bien précise: être utile à la société et dans le but précis d'essayer d'aider les couples stériles à faire des enfants. En revanche, il précise ne pas se lancer dans la jonction entre la génétique et la procréation médicalement assistée C'est-à-dire dans les techniques identitaires qui permettent de prévoir ce que chaque œuf pourra devenir si on le transforme en enfant.

Une série d'expérimentations requière le maniement de matériel reproductif humain (de sperme, d'ovule, d'embryons). Elles nécessitent sa manipulation, sa vérification, son tri (l'amélioration de sa qualité), sa collecte, son don, et pourquoi pas, sa commercialisation.

« Dans d'autres pays, et grâce aux techniques de PMA, un enfant pourrait avoir plusieurs parents: une donneuse d'ovule, un donneur de sperme, une mère porteuse pour mener l'embryon à terme et un couple qui élèvera l'enfant. Ces techniques permettent à une mère de porter l'enfant de sa fille infertile et d'être ainsi la mère et la grand-mère de cet enfant, à des femmes de 60 ans et bientôt à des septuagénaires jusqu'à 95 ans d'enfanter²³, c'est vraiment la folie, cela pourrais changer complètement l'identité humaine ». (Belle mère, sage-femme retraitée, 62 ans).

Les couples s'inquiètent de la recherche sur les embryons surnuméraires congelés entreposés dans les cliniques de fertilité et de ses applications possibles telles que la

²³Ces techniques changent nos notions de la conception, de nos origines, des liens entre parents et enfants. Quelles seront les conséquences à long terme de ces changements sur les fondements même de notre identité humaine ? Pour Louise Vandelac, professeure au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, spécialiste des questions liées à la pma, « Cette transformation majeure de la façon même dont on se reproduit, qui implique naturellement la différence des sexes et des générations, s'avère une terrible régression... une éventualité absolument redoutable puisqu'elle nous fait littéralement sortir de l'espèce humaine. »

conservation d'un embryon identique à celui d'un enfant au cas où l'on en aurait besoin pour des traitements médicaux.

II. II. 05. LA CONGELATION ET LE DESTIN DES EMBRYONS SURNUMERAIRES

Les techniques de procréation médicalement assistée bénéficient très largement de techniques de congélation des gamètes et des embryons. Elles donnent des chances supplémentaires pour obtenir une grossesse. Cette pratique réduit l'échec. En effet, il n'est pas nécessaire de refaire le traitement complet. Elle réduit le coût des interventions. Les patients ne sont pas contraints d'opérer plusieurs ponctions pour bénéficier d'une fécondation in vitro ou d'une ICSI. Ces embryons congelés sont détruits au bout de cinq années si les couples ne les réclament pas. Ces derniers sont sollicités tous les deux ans pour renouveler leur accord de congélation.

L'immense intérêt que ces techniques ont soulevé c'est la possibilité de congeler certains des spermatozoïdes et ovocytes recueillis. En cas d'échec, il serait facile de les implanter pour obtenir de nouveaux spermatozoïdes.

« Sur les cinq embryons fécondés, trois ont été transférés et deux ont été congelés pour être transférés pour des prochaines tentatives, mais mon mari s'inquiète. Dans quelles conditions seront-ils conservés, ne vont-ils pas les utiliser pour un autre ? (Entretien 02, Enseignante, 30 ans).

La conservation des embryons surnuméraires reste un épineux problème. Le discours des couples notamment celui des hommes traduit leurs préoccupations sur les embryons qui sont congelés et sauvegardés au laboratoire. Selon eux, ils préfèrent les congeler pour les utiliser dans de prochaines tentatives. Les médecins spécialistes affirment que les embryons fertilisés et surnuméraires restent une propriété géniale du couple.

« Ces embryons inutiles seront congelés pour une période conforme aux règles de congélation. Que toute démarche médicale doit se faire avec une conscience professionnelle et la confiance mutuelle avec le patient ». (La responsable du centre, spécialiste en biologie de reproduction).

Des religieux conseillent que seulement les œufs nécessaires soient fertilisés par le sperme du mari. Les œufs fertilisés surnuméraires restent la propriété du couple tant que leur contrat de mariage est valide. Ce couple, d'un commun accord, peut décider de les laisser dépérir ou peut éventuellement les céder à toute recherche qui se destine à une finalité exclusivement thérapeutique. Elle ne vise pas à changer le capital génétique de l'embryon. Les œufs fertilisés ne peuvent pas être donnés à une autre femme stérile. Les réductions embryonnaires sont permises uniquement pour assurer le déroulement harmonieux d'une grossesse.

Par contre, pour d'autres couples, le doute s'installe depuis le recueil de sperme. Ils s'inquiètent de leurs embryons en congélation. Ces inquiétudes suscitent deux éléments. Le premier est lié au fait que l'embryon est au stade de développement. Les chromosomes peuvent être atteints par la congélation. Ils peuvent être un danger pour la santé de la femme et pour sa grossesse. Le deuxième est lié à la possibilité de détournement d'embryons ou à la commercialisation du corps humain.

« *Le corps fait partie de la personne humaine. Le sperme et l'ovocyte font partie du corps humain. Il est hors commerce. On ne peut le vendre ou l'acheter. La loi juridique soit-elle ou religieuse résoudrait bien des problèmes de ce genre* ». (Entretien 18. Enseignant en sciences islamiques, 47 ans).

Abdehafid Oussoukie, (2007)²⁴ s'interroge sur le devenir des embryons surnuméraires résultant de la pratique de l'insémination artificielle. Il montre que la destruction de l'embryon signifie que ce dernier n'est pas encore une personne humaine à part entière. « *Il serait juste une multitude de cellules, « un déchet opératoire », une pièce anatomique ou plus exactement un produit du corps de la mère. Or les spécialistes en embryologie nous enseignent aujourd'hui que la vie commence dès la fusion des gamètes dont résulte l'œuf. Elle s'accroît graduellement sans discontinuité du pré-embryon, à l'embryon, au fœtus finalement. « Les exemples que nous venons d'évoquer enseignent sur le degré d'immaturité du discours juridique sur des sujets brûlants qui touchent à la vie. Les technocrates sont, de toutes manières, juridiquement incompétents pour édicter des règles engageant toute la société. A cet empêchement, s'ajoute le caractère souvent flou des règles qu'ils produisent. Le rôle des instances gouvernementales s'accommode mal avec le caractère pluriel de l'effort intellectuel qu'exige la réflexion éthique ».*

La dimension médicale et sociale trouve son expression dans cette volonté de veiller sur les règles éthiques.

²⁴ Un « code de bonne conduite » en matière de procréation médicalement assistée est édité par le ministère de la santé à l'intention de quelques centres privés d'insémination artificielle leur suggérant de détruire, tout simplement, les embryons surnuméraires. . Quant à la question du devenir des embryons surnuméraires inemployés, au demeurant inévitables dans l'état actuelle de la technique, le document ministériel propose leur destruction purement et simplement. Seulement voilà, les quelques administrateurs et autres *mufti* qui se sont penchés sur la question avec un peu trop de précipitation ont, donné des réponses hâtives sur ce qui est permis et ce qui ne l'est pas. Car, s'il est facile de légitimer cette pratique en fonction de la détermination du statut des parents, il n'en est pas de même pour le devenir des embryons surnuméraires, chose que le rédacteur de la note ministérielle n'en tient pas compte. Cette constatation s'impose parce qu'il est techniquement impossible que la fécondation artificielle réussisse systématiquement avec un seul spermatozoïde et un seul ovule. En laboratoire, les médecins et biologistes, pour donner plus de chance à la fécondation, sont contraints à préparer plusieurs embryons pour une seule grossesse. Abdelhafid Oussoukie.

Pour Simone Bateman-Novaes et Tania Salem(1999), la P.M.A. met à l'épreuve des liens entre logiques sociales et logiques techniques. Elles décrivent un ensemble d'acteurs impliqués dans le destin de ces embryons et décortiquent les relations qui s'établissent entre eux voire les conflits qui peuvent les opposer. Elles arrivent à montrer qu'on ne peut détacher l'embryon de son « contexte ». La congélation ou la destruction de l'embryon est similaire à l'avortement. Il n'y a pas un unique statut de l'embryon. La configuration des statuts très différents mettent en scène des acteurs divers.

En somme, les logiques des couples s'appuient nécessairement sur la religion. A cet effet, il est important de comprendre les interprétations religieuses à l'égard de cette pratique.

II. II. 06. LA TECHNIQUE DE PROCREATION ET LES NORMES RELIGIEUSES

L'Islam interdit le don d'ovules ou de spermatozoïdes et les filiations par adoption. Il autorise l'insémination artificielle dans le cadre d'un mariage ligné. L'insémination par un donneur autre que l'époux légitime est source de confusion au sein du milieu familial. Elle pourrait rompre les liens naturels entre parents et progéniture et donnerait un caractère aléatoire à la filiation (Beddiar, Abdelaziz, 1993).

Le discours social sur la pratique de la P.M.A soulève certaines interrogations. Les spécialistes évoquent la suspicion dont est victime la femme stérile dans notre société.

« Les gens nous demandent par exemple si cette pratique est halal ou haram (pêché) », pour de tels cas de préoccupations sont d'ordre religieux. La réponse consiste à dire que l'agrément accordé par l'Etat est en soi une garantie. Les questions posées ne sont pas seulement motivées par des considérations religieuses. » (Médecin gynécologue du centre, sexe M).

Certains couples, soupçonneux, veulent savoir si les spermatozoïdes sont réellement les leurs. Or, les banques de sperme sont inexistantes et interdites en Algérie.

« Cette préoccupation vient du fait qu'un tel procédé est vite assimilé à un acte d'adultère, du moins pour certains parce que d'autres ont formulé ce type de demandes, même chose pour le cas du choix du sexe de l'enfant, une pratique interdite également en Algérie. On atteste ainsi que des gens libérés des scrupules religieux qui ont les moyens n'ont pas eu d'autres choix que d'aller à l'étranger. Sinon en attendant que la législation évolue comme cela a été le cas en Jordanie (pourtant pays musulman)». (Médecin gynécologue du centre).

Certains couples privilégient la technique de la P.M.A. à l'adoption qui pose la question de la filiation.

« Je préfère la fécondation *in vitro* que l'adoption parce que cela fait partie du projet entre ma femme et moi. Un jour ou l'autre l'enfant que j'adopterai grandira et demandera sûrement ses parents biologiques » (Entretien 16. Cadre supérieur dans une société, 45 ans)

Ils refusent l'adoption en raison d'absence de lien sanguin. Ils ne peuvent pas vivre la période de grossesse. Il est donc difficile de renoncer devant le plaisir et le désir de vivre une naissance. Bien sûr, l'efficacité de cette technique n'est pas toujours assurée. Mais cela ne les rebute pas pour autant. Certains multiplient les tentatives dans un parcours long et éprouvant.

Le vide juridique concernant la « gestion » de certaines techniques de cette activité, telle que la congélation embryonnaire pose également problème.

« Il est important de rappeler que dans le Coran il existe environ 150 versets consacrés au droit et environ 750 versets consacrés à la réflexion sur la science et la connaissance. L'éthique est un engagement moral et humaniste. La mission du médecin est de prévenir, de guérir et de ne pas nuire. Il n'y a pas de contradiction entre la vérité de la foi et la vérité de la science car toutes deux viennent de Dieu ». (Médecin gynécologue du centre, sexe M).

Abordant la question de la procréation médicalement assistée (P.M.A.), le discours des médecins et des religieux se croisent. En matière de fécondation *in-vitro* (FIV) seule la fécondation de gamètes légitimes est licite selon le droit musulman. La mère porteuse ne peut se concevoir selon *la charria*. La thérapeutique génique doit respecter le génome humain. L'eugénisme est interdit de même que le clonage humain bien que le clonage d'organes à visée thérapeutique puisse se discuter.

« Il n'y a pas de contrainte en religion. C'est Dieu qui donne la maladie et c'est Lui qui guérit ; le médecin n'est qu'un effecteur, l'Islam a dû adapter ses principes aux nouvelles possibilités de la science ». (Entretien 19. Enseignant en sciences islamiques, 54ans, sexe M).

Les problèmes éthiques liés au développement de la génétique et des récentes technologies médicales, ne sont pas sans poser de nouveaux défis aux pays arabes, où l'Islam est généralement prépondérant. « Le fossé creusé dans les pays musulmans entre les avancées scientifiques et un cadre législatif adapté ou, à défaut, une réflexion éthique est énorme. Il est urgent de s'y atteler! » (Tedjini Haddam, 1999).

Les sources théoriques de l'Islam consistent en un ensemble de règles de vie religieuse et morale. Parmi ses objectifs, citons le respect de la personne humaine, le maintien de la vie et la sécurité du corps.

« *En respectant le consensus d'opinions des savants musulmans (Ijmâa), et en recherchant le bien public (Maslaha) (l'intérêt), l'exégèse coranique précise les voies à suivre face aux problèmes modernes qui ne sont pas cités expressément dans le Coran* ». Imam de mosquée, 48ans.

Dans la religion, tout traitement de l'infertilité est non seulement autorisé mais encouragé. Mais avant de recourir à la procréation médicalement assistée, certains principes islamiques doivent être pris en compte. Le mariage représentant un contrat entre un homme et une femme, une troisième personne ne peut interférer dans leur vie sexuelle ni contribuer à la procréation d'un de leurs enfants en fournissant des gamètes, un œuf, un embryon ou prêtant un utérus. La P.M.A en Algérie ne saurait donc être pratiquée que dans le cadre strict du couple juridiquement constitué conformément à la législation de notre pays.

« *La seule filiation admise et celle d'un couple légitime, ce qui exclut certaines pratiques admises par d'autres législations dont : le tiers donneur. Le praticien devrait dans ces conditions trouver à sa disposition des règles claires faciles à appliquer. Il a, en outre, le devoir de s'assurer de l'identité du couple et de vérifier sa légitimité* ». (Entretien 18. Enseignant en sciences islamiques, 47ans).

Le recours à des tiers donneurs est en contradiction totale avec l'Islam et avec la législation algérienne. Juridiquement il est assimilable à l'adultère. Il ouvre la porte au viol de règles en matière de choix du partenaire au mariage. Il devient identique de la fornication « el zina ».

Selon les couples interviewés, lorsqu'un couple envisage comme solution la P.M.A., seule l'utilisation du sperme du conjoint est acceptée. Le Coran ne reconnaît que la filiation biologique. L'expression souvent répétée chez la majorité des couples est : « le sperme est sacré, il ne peut être donné pour un autre couple ». Toute grossesse obtenue avec du sperme étranger équivaut à un adultère et entraîne automatiquement le divorce. La procréation médicalement assistée chez un couple stérile a pour but de détourner les obstacles qui empêchent un spermatozoïde de féconder un ovule. Bien que la reproduction ne soit pas obligatoire en Islam, elle est tout de même encouragée.

La question de la norme religieuse est fortement évoquée. Ce sont des couples qui sont à la fois demandeurs d'offre médicale et ayant subi une formation en sciences religieuses. La fécondation in vitro d'une veuve ou d'une femme divorcée avec la semence conservée de son mari n'est pas permise. Cette femme n'a plus le statut de mariée. Le contrat de mariage ayant pris fin avec le décès de l'époux ou avec le divorce. Quant à la donation d'embryons, elle est interdite par le droit islamique parce que l'enfant à venir ne sera pas en filiation biologique avec le père.

Dans ce contexte, la question des mères porteuses est soulevée. Les hommes et les femmes enquêtés montrent bien le refus total d'accepter cette idée. Or deux couples souhaitent recourir aux mères porteuses. Ils interprètent cette pratique sous l'angle de la « relativité ». Ils s'appuient sur le passage du Coran, la Sourate n° 16, «Les Abeilles». Elle affirme que la nature du lait est de même source que le sang. « Nous vous abreuvons d'un lait pur, exquis pour les buveurs venant de ce qui dans les ventres est entre un aliment digéré et le sang ». Des Ulémas ont donc considéré que l'allaitement d'un enfant par une nourrice étant licite, une mère-porteuse peut nourrir de son sang et dans son ventre le fœtus humain qui lui est confié. Malgré cette logique analogique, les « ulémas religieux » considèrent comme illicite toute maternité de substitution. Cela peut perturber la filiation de l'enfant imposée à chaque individu. Cet enfant est appelée à appartenir au groupe parental sanguin ou social.

Chapitre III : LA QUETE DU LIEN SOCIAL

L'objectif de ce chapitre est de montrer les différents remèdes employées par les couples pour palier leur stérilité. Les échecs répétitifs des techniques de la procréation médicalement assistée mettent les couples devant l'épreuve qu'ils sont dans l'impossibilité d'avoir un enfant espéré. Or cela ne les décourage pas à chercher d'autres pistes. Les couples stériles continuent leurs démarches. Ils sont en quête de lien social. Une des voies ouvertes est celle de l'adoption.

II. III. 01. L'ADOPTION

Si les soins traditionnels et médicaux n'ont pas eu des effets espérés, certains couples tentent de procéder à l'adoption d'un enfant. Ils envisagent de recourir aux institutions sociales (pouponnière) en renonçant au projet de donner naissance à leur propre enfant. L'assistance médicale à la procréation en cas de stérilité définitive fait intervenir au moins deux ordres de figures : l'adoption et le recours à l'étranger.

L'adoption est une des options offrant aux couples confrontés aux échecs des tentatives de FIV. Dans certains cas, les démarches de l'adoption sont effectuées en parallèle avec les tentatives de FIV quand les espoirs s'amenuisent.

Le couple stérile est donc confronté à cette difficulté. Il est installé dans un état temporaire. La difficulté est liée à l'absence de cet enfant en tant qu'héritier qui va assurer la continuité parentale. Le couple se fixe vers une grossesse espérée. L'attente de l'enfant à venir peut n'entamer en rien qu'« une grossesse imaginaire » sans fin. Telle femme nous dit :

« Une femme dite stérile a souvent déjà conçu un enfant impossible: trop parfait, trop ajusté à ce qu'elle en fait à son fantasme ». (Entretien 15. Médecin, 42ans, sexe F).

Un bon nombre de couples stériles, au terme du deuil de l'enfant, inscrivent leur désir de filiation dans d'autres formes de transmission. L'offre médicale et technologique de la procréation assistée, peut avoir pour effet de rendre ce deuil difficile voire impossible reculant sans cesse l'échéance de s'entendre dire : « Tu n'auras pas d'enfants. » La femme est alors condamnée aux travaux forcés d'une procréation refusée. Elle préfère rester avec son mari même si elle sait qu'elle n'aura jamais d'enfant de lui.

La religion est extrêmement présente. Les couples s'identifient à un système de représentations imprégné d'une éducation religieuse. Questionnés sur leur préférence pour l'adoption ou l'assistance à la procréation, ces couples tendent à distinguer ces deux

démarches en opposant la valeur de l'altruisme à celle de l'égoïsme. Certains considèrent la procréation médicalement assistée (PMA) comme acte individualiste.

L'adoption fait figure de geste altruiste et de référence au geste d'accueil à l'égard d'un enfant dépourvu d'encadrement parental. Or, cela ne néglige pas qu'à l'origine de l'initiative des parents adoptifs se trouve aussi un manque du côté parental et que l'enfant adopté n'est pas le seul en situation de besoin dans cette relation. L'adoption est de fait la dernière chance après l'échec des voies naturelles ou assistées. Selon certains couples, la P.M.A. est une démarche discrète. Elle permet de conserver le secret sur la stérilité masculine. L'adoption peut apparaître comme étant une démarche équitable tout au moins sur le plan légal par rapport au genre. Pour d'autres, l'adoption servait à compenser non pas un désir d'enfant mais un besoin d'héritier. L'adoption est une substitution de paternité.

« Nous sommes un couple qui a fait plusieurs tentatives hélas... Les deux dernières ont été très lourdes physiquement et moralement pour ma femme et moi. Nous avons l'intention d'adopter. Nous connaissons la douleur et la frustration comme certains, nous pensions être forts mais ces épreuves nous ont mis sous (silence)... Nous souhaitons la réussite ». (Entretien 21. Commerçant, 39 ans).

En revanche, certains couples refusent de recourir à l'adoption. Ils préfèrent le recours à l'étranger. Ils considèrent que la chance de réussite dans les centres de P.M.A étrangers est plus favorable qu'ici. La quête d'une paternité par le sang est souvent recherchée.

II. III. 02. PROCREATION ET LIEN DU SANG

La procédure d'adoption ne semble pas toujours leur convenir parce que les liens du sang sont absents. Pour ces couples, les principes de la filiation donnent la primauté aux liens de sang. Ils renvoient le lien social à la paternité par le sang.

« Le mois prochain ma femme et moi allons tenter notre chance, je veux un enfant de mon sang. » (Entretien 21. Commerçant, 39 ans).

Dans les entretiens réalisés, une corrélation entre l'enfant et l'enfant par le sang est apparu comme une notion vitale, comme le montre l'expression « de chair et de sang » (lahmi ou dami). L'emploi des mots foie et sang montre le lien intime entre ces deux composantes du corps.

« Je ne suis pas contre l'adoption, moi-même j'ai déjà adopté un enfant et nous sommes contents de l'avoir parmi nous. Seulement, je veux un enfant de mon sang, de mon ventre, je veux le sentir bouger dans mon ventre ». (Entretien 08. Femme au foyer, 32 ans).

Le sang est conçu comme un principe de conservation de la vie et non comme une substance qui transmet l'identité. Il symbolise également l'affection entre parents ainsi que les relations de solidarité qui en découlent. Ce fluide qui, selon certains, dépend étroitement du sperme. Il semble être le vecteur physiologique primordial de l'identité.

« Je suis le seul garçon d'une fratrie de sept sœurs... Je veux un enfant de mon sang, kebdetti ...Le sang est dans le corps, comme la sève est dans l'arbre, avec la venue de l'enfant, je pourrais accomplir mon devoir à l'égard de mes parents ». (Entretien n°28)

Suite à l'échec de son intervention en ICSI, ce personnage évoque qu'il est le seul homme dans sa famille sur qui repose la seule chance de la famille pour perpétuer son nom.

Cet homme est confronté à la question de dette de vie comme une reconnaissance d'une dette d'existence à l'égard de ses ascendants. Les illustrations relatées montrent d'une certaine façon le poids ou l'influence familiale sur les possibilités d'une transmission d'une génération à l'autre. Ce qui montre la souffrance des couples essentiellement dans le fait de ne pas pouvoir s'acquitter de sa dette trans-générationnelle et dans la blessure narcissique qui découle d'une situation d'infertilité.

II. III. 03. STERILITE ET GESTION PERSONNELLE

Devant une stérilité incurable, les couples s'efforcent malgré eux « d'accepter » la stérilité. Ils essayent de trouver une forme d'adaptation à la situation. Ils continuent à vivre comme les autres couples.

« En cinq ans, nous avons fait six tentatives. Chaque tentative est un nouvel espoir. C'était un choix de les espacer parce que je n'étais pas vraiment moi-même pendant ces périodes. Nous ne voulions pas mettre notre couple en danger...alors il faut prendre soin de son corps, partir en vacances... Nous devrions vivre comme les autres ». (Entretien 14. Médecin, 39 ans, sexe F).

Après les échecs répétitifs, la « normalisation » devient l'ultime solution. Elle est prise comme une stratégie, un modèle de gestion personnelle. Elle s'appuie non seulement sur la connaissance de ce qui est différent des autres mais aussi sur la rationalité et l'acceptation. Dans ce contexte, E. Goffman, ajoute une dimension différente à la normalisation en introduisant le terme « normification ». Pour lui, la normalisation convient aux personnes dites normales. Elle s'efforce de traiter les personnes stigmatisées comme si elles ne l'étaient pas. A contrario, la « normification » traduit les efforts des personnes stigmatisées pour se présenter comme des personnes ordinaires sans pour autant toujours dissimuler sa différence (Goffman, 1975).

Une normalisation est envisagée comme une stratégie d'adaptation à une nouvelle situation. Elle représente une recherche à une normalité sociale. A titre d'exemple, après le déni de la stérilité, la personne stérile accepte sa stérilité mais il s'agit d'une acceptation « forcée ».

« Ça fait dix huit ans de mariage que nous attendions un enfant. Nous avons tout essayé. Nous avons frappé à toutes les portes. Nous avons recouru aux méthodes traditionnelles, rien n'a marché. Je me suis remarié en espérant que ma deuxième femme aurait enfanté, ensuite, nous avons adopté un enfant abandonné. Après deux mois d'adoption il est mort. Nous nous sommes attaché beaucoup à lui mais... Nous avons recouru à l'insémination, à la fécondation in vitro, mais l'enfant n'a pas voulu venir...mais nous croyons aux miracles du Dieu ». (Entretien 19. Enseignant en sciences islamiques, 54 ans).

La personne stérile ne trouve pas le choix que de s'intégrer et admettre qu'elle est stérile et c'est à DIEU Seul que revient la réalisation du rêve d'avoir un enfant. Avec sa Foi, elle commence à s'affirmer et développer une nouvelle vie, un nouveau « soi ».

Une autre façon de normaliser sa stérilité, les hommes et les femmes cachent leur stérilité. Ils Cherchent à donner un sens à leur vie. Les femmes et les hommes essayent de vivre le quotidien au moment présent. L'expression "attendre un enfant " est trompeuse.

« L'enfant qui m'accompagnait à l'extérieur du centre c'est le neveu de mon mari. Ces parents sont morts dans un accident. Cela fait douze ans de stérilité et c'est douze ans de tromperie. Il y a dix ans où nous habitons le quartier X, tout le monde pensait que c'était mon vrai fils. Mon mari le considère comme son vrai enfant,...il lui ressemble totalement..... et parce qu'il sait qu'il est incapable d'enfanter, il rejette l'idée d'adopter un enfant de l'assistance publique ou d'une aide médicale de procréation car selon lui c'est une perte d'argent et de temps et les gens vont douter de l'enfant issu de cette pratique. Pour mon mari, tout va bien». (Entretien 12. Secrétaire, 40 ans).

Certains couples pensent qu'il n'est pas question de projeter ses propres problèmes au sein de la société. Ils préfèrent s'occuper des autres enfants. Il n'en demeure pas moins que chaque année des centaines de couples décident de partir à l'étranger pour accomplir leur projet parental.

« Au lieu d'aller vers le « tourisme procréatif », j'ai trouvé plus facile de m'occuper des enfants des autres plutôt que de rêver de mon propre enfant ». (Entretien 12, Secrétaire, 40 ans).

Finalement, la stérilité constitue donc un problème pour les hommes et pour les femmes, qui la vivent comme un drame. En effet, l'enfant demeure fortement valorisé dans la société algérienne. La stérilité n'est pas considérée comme une réalité biologique s'inscrivant dans le corps de l'individu, mais elle reste un événement social exigeant une interprétation collective partagée par les membres du groupe.

II. III. 03. FILIATION BIOLOGIQUE OU FILIATION SOCIALE

Si la procréation médicalement assistée se pratique en se rapprochant le matériel génétique de couple marié où les gamètes males et femelles sont les leurs, la question de la filiation ne se pose pas. En se référant au dictionnaire de l'éthologie et de l'anthropologie publié par Pierre Bonté et Michel Izard, la filiation désigne une parenté unissant un enfant à son père et à sa mère. Le discours des couples tend à accorder un véritable pouvoir de fécondation et de transmission. La filiation tend à se faire dans l'appartenance à une lignée.

« La filiation ne peut être que suite au mariage sanctionné publiquement, ce qui fait la légitimité de la descendance de leur enfant. Lorsqu'il s'agit d'un enfant issu d'une fécondation in vitro, le rôle du droit gagne encore en importance. C'est une filiation socialement reconnue car le premier jour où je suis venu ici mon mari était à l'extérieur dans son véhicule. L'agent technique m'a expliqué que sans document de l'acte de mariage on ne peut pas vous ouvrir un dossier. Ces paroles m'ont rassurées ». (Entretien 11. Infirmière, 36 ans).

Selon le discours des enquêtés, le droit joue un rôle fondamental. Il intervient souvent pour consacrer la réalité d'un lien individuel créé entre un enfant et ses parents. Pour les couples stériles, le désir d'enfant est analysé au devoir de descendance.

L'enfant doit s'inscrire dans la lignée. Le désir d'enfant associé au devoir de descendance peut se réaliser par le sang et le nom. Il détermine l'identité de son reproducteur.

Cependant les techniques de procréation médicalement assistée et spécialement l'insémination artificielle avec donneur et le recours à la mère de substitution remettent en question le lien de la parenté.

L a filiation devient un lien alternatif, segmentaire où l'alliance de l'homme et de la femme cesse d'être signifiante et fondatrice 25 » (Michel tort, 1992). Cette technique favorise donc la création d'une typologie de parenté ou de familles. Elle encourage l'idée

25 Quand une femme est incapable de porter un enfant dans son utérus, on peut lui prélever un de ses ovules, le fertiliser en laboratoire avec le sperme de son mari, et l'œuf ainsi obtenu est implanté dans l'utérus d'une autre femme où il poursuivra son évolution jusqu'à l'accouchement. A terme, cette femme, la mère porteuse, donnera naissance à l'enfant qu'elle a porté mais qui provient des gamètes mâles et femelle du couple. Dans certains cas, quand l'épouse légitime a des problèmes utérins et qu'elle ne peut pas fournir d'ovules, la mère porteuse se fera inséminer directement avec le sperme du mari, et ayant ainsi donné un ovocyte et prêté un utérus tout au long d'une grossesse, elle remettra à terme, l'enfant au couple. Michel tort, le désir froid, procréation artificielle et crise des repères symboliques, paris, la découverte, 1992, p277

d'institutionnaliser les parentés qui lient l'enfant à tous ceux qui ont coopéré à sa procréation tel que le donneur de sperme ou d'ovocyte, mères porteuses ... « La parenté reste à mon sens, un système symbolique de repérage social et affectif, mais un système ambigu dont les intéressés s'ingénient à relativiser le fondement biologique en créant la fiction d'une vérité de la filiation, vérité de généalogie, vérité du couple conjugal. Un système en réalité fondé sur un principe d'incertitude ». (Francis Zimmermann, 1993).

En fait, l'infertilité peut se comprendre dans une problématique du lien de filiation. Il nous semble utile de distinguer les différentes composantes de la filiation. Point de vue biologique « Il n'existe que deux sexes et leur rencontre (y compris la fusion des gamètes en laboratoire) est nécessaire dans l'acte de procréation » (Françoise HERITIER, 1985). Cependant, il semble que la filiation est une notion juridique et reconstruite socialement. Consacrée par le droit, elle rattache l'individu à un groupe. Elle n'est pas toujours le reflet « fidèle » de la réalité biologique. « Elle peut se fonder cumulativement, ou alternativement, sur une réalité socio-affective, elle est comme dans le cas d'une adoption, qui est une affaire essentiellement culturelle » (Marina Mandofia Berney, 2005).

A cet effet, il nous semble que nous sommes devant un paradigme dessiné par la procréation assistée en relation avec la filiation. Selon Françoise Héritier, les nouveaux modes de procréation ne sauraient avoir d'influence sur le système de filiation. Puisque tout part du corps, les dysfonctionnements de celui-ci ont un impact important sur les représentations sociales de la filiation. Ainsi, la stérilité est tantôt mise en accusation et parfois cachée. La filiation se construit par ailleurs en fonction des mécanismes de la reproduction. Elle est conçue comme un palliatif social à la stérilité. L'attribution de la filiation se reproduit donc sur des supposés biologiques soit pour les respecter, soit pour les dépasser. La stérilité a irrité l'imagination des hommes dans la conception de filiation « non biologique » et permet de montrer l'importance sociale de la descendance. Dans le domaine de la reproduction humaine, l'une des conséquences les plus fréquentes de cette nouvelle pratique de reproduction est de mettre l'accent sur la différence des sexes. La P.M.A. renvoie l'homme à son statut d'être biologique. Il semble important de distinguer la filiation sociale de la filiation biologique et instaurent un partage des rôles entre les individus. C'est semblable lorsqu'il s'agit de la paternité biologique et la paternité sociale²⁶.

²⁶ Le lien de filiation selon Guyotat (2000) est « ce par quoi un individu se relie et est relié par le groupe auquel il appartient, à ses ascendants et descendants réels et imaginaires. La stérilité est attribuée parmi les situations qui activent ou inhibent le désir de transmettre (ou son urgence) à la génération suivante... »

Il nous semble que nous sommes apparentés de la même manière à notre père et à notre mère. Dans les analyses comparatives des sociétés, les anthropologues nous ont montré que d'autres sociétés ne traitent pas de la même manière les liens paternels et les liens maternels.

CONCLUSION

Le thème de notre mémoire de Magistère a tenté d'aborder quelques questions sociologiques et anthropologiques que pose la procréation médicalement assistée dans la société algérienne. Notre réflexion s'est focalisée sur le cas des personnes stériles ayant recours à cette pratique. Une cohorte de quinze couples ont débuté le programme de la fécondation *in vitro* FIV, entre 2007 et 2008, dans un centre de procréation d'Oran. Nos investigations ont permis de dévoiler la complexité du processus du recours à la procréation médicalement assistée. Nous avons pu conclure ce qui suit :

La procréation médicalement assistée n'est pas seulement venue répondre à la stérilité mais aussi venir opérer le sujet en rapport avec son groupe social. L'enfant tient une place considérable dans les projets des couples. Pour les hommes et les femmes, avoir un enfant va leur permettre de s'inscrire dans une reproduction sociale régie par le rôle paternel et maternel. L'enfant confère au couple la reconnaissance dans l'ordre sociale. Avoir un enfant est à la fois un désir et un devoir afin d'assurer la continuité et la pérennité du nom de la famille. Le sens commun prend volontiers appui sur cet élément de représentations et de logiques.

Le processus du recours à la technique de procréation médicalement assistée montre au fond que la décision du recours n'est pas simple. Elle implique un ensemble d'acteurs (le médecin, les proches et le couple en lui-même). Le pouvoir de la belle mère souvent présent. Le couple n'est pas autonome. Le recours à cette pratique est avant tout une histoire d'individus. Il provoque des conflits à l'intérieur de l'entourage familial et au sein du couple. Il fragilise la relation conjugale. Depuis l'annonce de sa stérilité, les relations conjugales se sont détériorées.

Les mesures palliatives à l'infertilité auxquelles recourent les acteurs sociaux relèvent d'une gestion culturelle des notions de famille et de filiation. De ce fait, les choix opérés en la matière sont révélateurs des valeurs morales véhiculées par la société.

Lorsque la maternité est un passage obligé pour la femme dans son accession au statut valorisé d'épouse et de mère, son absence se mue en problème identitaire sexuel. Les couples ne sont pas égaux face à la pression sociale engendrée par le phénomène. Ce sont les femmes qui viennent consulter même en cas de stérilité masculine. Certains hommes ont du mal à se soumettre aux explorations médicales. Ils associent l'infertilité masculine à l'impuissance et la fertilité à la virilité. Il n'est pas rare de voir des femmes cacher l'infertilité de leur conjoint à leur entourage.

Le processus du recours à cette pratique médicale soulève une grille d'enjeux importante. La médicalisation de la procréation témoigne donc d'un processus d'intervention plus général

sur le corps féminin. Pourtant même s'il s'agit d'une stérilité masculine. C'est le corps des femmes qui est l'objet d'intervention. Les femmes infertiles sont contraintes d'intégrer le système de soins. Elles se trouvent confirmées dans l'effort de rendre leur corps objet. Pendant le recours à la procréation médicalement assistée, il semble que la majorité des couples sont soumis au pouvoir médical. Les rapports de pouvoir au sein du centre de procréation dévoilent que les femmes sont dépendantes des techniques de P.M.A.

De ce fait, la procréation médicalement assistée demande un certain courage et des moyens car elle peut entraîner des bouleversements inattendus. Les couples rencontrent d'énormes difficultés financières pour payer le coût des interventions. Il n'est pas étonnant de constater des inégalités sociales dans le paiement de l'intervention. En cas d'échec, les couples « militaires » ne sont pas contraints de payer à nouveau.

La question éthique est prégnante. Les représentations sociales du statut de l'embryon en ce qui concerne sa congélation installent le doute sur le traitement de l'embryon. Les logiques sociales et médicales sont complexes. Les représentations autour de la filiation semblent influencer l'alliance à l'égard de la procréation. La majorité des couples favorisent la filiation par le sang pour se rattacher à une lignée.

Les progrès médicaux font régulièrement la une de la presse. Ils ont tendance à faire oublier les échecs. Les couples qui entament le programme de fécondation *in vitro* sortent de ce programme sans enfant. Certains couples décident d'explorer une autre piste pour fonder leur famille : telle que l'adoption ou bien vivre en harmonie avec la stérilité, l'espoir et les miracles. Les couples cherchent souvent un sens à leur vie sociale.

L'expérience du centre de procréation est relativement courte. La publication des données statistiques n'est pas connue. Les couples réussissent la fécondation *in vitro* accouchent dans des structures médicales publiques et privées. Rarement les naissances issues par cette technique sont déclarées. Ceci pourrait « déstigmatiser » ces enfants par rapport aux enfants nés par procréation naturelle dite traditionnelle.

Les problèmes éthiques que ces centres rencontrent peuvent révéler un jour ou l'autre des demandes telles que l'insémination post-mortem, la recherche sur l'embryon. Ce sont des situations auxquelles ils donneront des réponses satisfaisantes. Les techniques de diagnostics prénatals nous permettent d'éliminer les possibilités d'avoir un enfant handicapé ou avec une maladie pour laquelle nous n'avons pas encore de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- ❑ Abdelhafid OSSOUKINE., 2007, « le comité d'éthique algérien face à la concurrence bureaucratique et religieuse. A propos d'un « code de bonne conduite en matière d'insémination artificielle ». Journal international de bioéthique, vol. 18, n° 1-2
- ❑ Augé, Marc, Herzlich, Claudine, 1984, Le sens du mal, Anthropologie, Histoire et sociologie de la maladie, Paris, Editions des Archives contemporaines.
- ❑ Baudouin, Jean Louis., et Catherine, Labrusse-Riou., 1987, Produire l'homme, de quel droit ? Étude juridique et éthique des procréations artificielles, Paris, P.U.F., p, 219.
- ❑ Becker, Guy., 2000, Espoir à vendre. Commercialisation et consommation de technique d'assistance médicale aux Etats unis, sciences sociales et santé, p 105-106 cité par Dechamp-Le Roux, Catherine, L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale, L'harmattan, 2002
- ❑ Beddiar, Abdelaziz., 1993, Le regard de l'Islam sur les procréations médicalement assistées, A.E.L.F, Edition.
- ❑ Berger D. M., 1980, « Impotence following the discovery of azoospermia In Fertility and sterility», p 154-156
- ❑ Bourdieu, Pierre., 1994, « Stratégies de reproduction et modes de domination », *Actes de recherche en sciences sociales*, no. 105, Paris.
- ❑ Bourdieu, Pierre., 1988, la violence symbolique, Paris. P, Bourdieu., 1979, la distinction, critique sociale du jugement, Paris, édition de minuit.
- ❑ Bourdieu, Pierre, Domination Masculine, Paris, Seuil, 1984.
- ❑ Bourqia, Rahma., 1996, Femmes et Fécondité, Afrique Orient.
- ❑ Bourquia, Rahma., 1990, la femme et le langage" approche, femme et pouvoirs, le fennec, p 17
- ❑ Chebel Malek., 1984, Le corps dans la tradition du Maghreb, P.U.F., P.33
- ❑ Cohen Jean et Raoul Palmer., 1973, les cahiers Sandoz numéro 36, la stérilité, Paris
- ❑ Czyba, J.C.,Chorier, H. Clement, J.L., 1985, Nouvelles technologies de la médecine de la reproduction et sexualité. Médecine et Hygiène, 43, 1202
- ❑ De Beauvoir, Simone, Le Deuxième Sexe, Gallimard, 1986,
- ❑ Dechamp-le roux, Catherine, L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale, L'harmattan, 2002
- ❑ Degeune, A., M, O, Lebeaux., 1991, « l'entraide entre les ménages : un facteur d'inégalité sociale ? » sociétés contemporaines, N°8, P, 21, 42

- ❑ Deliège, Robert., 1996, *Anthropologie de la santé*, Armand Colin
- ❑ De la Rochebrochard, Elise., 2003, « des hommes médicalement assistés pour procréer, IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité », *population*, N° 4/5, p.549-586.
- ❑ De La Rochebrochard , Elise., 2001, « stérilité, fertilité : La part des hommes », *population et sociétés*, numéro 371, p. 1-4.
- ❑ Dujardin C. L., 1985, *des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, La découverte
- ❑ De Singly, François., 2004, *Sociologie de la famille contemporaine*, Armand, Colin.
- ❑ De singly, François., 1993, *sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Nathan.
- ❑ De Singly, François., 1998, *Le soi, Le couple et La famille*, édit, Nathan.
- ❑ Demaziere D., Dubar C., 1997, *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, « essais et recherches », Paris, Nathan.
- ❑ Deschamps, Philippe., 2006, *Questions d'éthique contemporaine*, édition Stock, sous la direction de Ludivine, Thiaw-po-une, préface d'Alex Kahn)
- ❑ Djamila, kourta., 2007, *Quotidien d'Oran*, 02-12-2007
- ❑ El Aadouni, Houda., 2008, « stérilité au Féminin: Enjeux du Corps, enjeux de la mémoire », face à face, UB2, sociétés, santé, développement, p. 1-11.
http://www.ssd.u-bordeaux2x.fr/faf/archives/numero_5/articles/houda/houda,
La stérilité masculine en débat en Algérie, el moujahid, http://actualite.el-annabi.com/article.php3?id_article=4189.
- ❑ Ferrand, Michèle., 2004, *féminin masculin*, éditions la découverte, Paris.
- ❑ Fassin D. (1990) : *Décrire, entretien et observation, Sociétés, développement et santé*, Ellipses.
- ❑ Giraud, Christophe., 2006, « Le stigmate de la séropositivité dans la vie conjugale des couples éro-discordant », revue *Sciences sociales et santé*, N°02, CNRS, juin, vol, 24 j. L John libey P, 69-74,
- ❑ Goffman, Erving., 1975, *Stigmate, les usagers sociaux des handicapés*, édition de Minuit, Paris.
- ❑ Georges, David., 1986, *La stérilité masculine"*, le masculin le déni du mâle, *le genre humain n° 10*.
- ❑ Héritier, Françoise., 2002, *Masculin/Féminin II, Dissoudre la hiérarchie*, Odile Jacob.
- ❑ Héritier, Françoise., 1996, *masculin/ féminin, la pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.

- ❑ Héritier, Françoise., 1989, de l'engendrement, à la filiation, approche anthropologique,
n°44, septembre, Paris, p, 173-185.
- ❑ Héritier Françoise, « Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique » in Augé Marc, Herzlich Claudine, *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984, pp. 123-154.
- ❑ Heinzl Siegfried., 2003 « la procréation médicalement assistée Aujourd'hui », Editorial, forum Med Suisse, numéro13, p. 307-308.
- ❑ Hoeni, Bernard., 1991, L'autonomie en médecin, nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes, Paris, payot.
- ❑ Humeau, Claude., 1999, Procréer, Histoires et représentations, Paris.
- ❑ Hurtig, Marie Claude et al. 2003, Sexe et genre : De la hiérarchie entre les sexes, article d'Hélène Rouch, *Nouvelles techniques de reproduction : De la différence à l'inégalité*, p 244 – 255.
- ❑ Langer, Jacqueline, Catherine, Marry, Margaret, Marruani., 2002, Masculin-Féminin: Question pour les sciences de l'homme, sciences sociales et sociétés,P.U.F.
- ❑ Le Merle, Jean., 1997, « Le cancer de l'enfant : trente ans de progrès », *Etudes*, mai 1997 (3865), p. 616-618.
- ❑ Lemonchant, Clotilde., 1994, Belles filles et beaux parents : la bonne distance, doctorat de sociologie sous la direction de F. De Singly, paris, le parcours des femmes, travail, familles et représentations publiques, le travail social, L'harmattan, 1989
- ❑ Laufer, Jacqueline, Catherine, Marry, Margaret, Marruani., 2002, Masculin-Féminin: question pour les sciences de l'homme, sciences sociales et sociétés, P.U.F.
- ❑ Lazorthé, Guy., 1998, L'homme, les sociétés et la médecine, Masson, 5ème, Edition.
- ❑ Lowy, Ilana., 2006, L'emprise du genre, Masculinité, Féminité, édit, la dispute, Paris.
- ❑ Mandofia Berney, Marina., 2005. Vérités de la filiation et procréation assistée, étude des droits suisse et français, Genève, Helbing et Lichtenhahn, 1993, p. 7.
- ❑ Mathieu Nicole-Claude., 1985, Quand céder n'est pas consentir, L'Arraînement des femmes. Essai en anthropologie des sexes, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, p.169-245.

- ❑ Marcus, Steiff., 1988, « pourquoi faire simple quand on fait compliquer ? » les temps modernes, n° 482, p, 978-1009.
- ❑ Maruani, Margaret., 2005, Femmes, Genre et Sociétés, l'état des savoirs.
- ❑ Mauss, M., 1983 « essai sur le don » sociologie et anthropologie, Paris, P.U.F.
- ❑ Mebtoul, Mohamed, Patients et médecins, Dar El Gharb, 2004.
- ❑ Memmi, Dominique., les gardiens du corps, 1996, école des hautes études en sciences sociales, Paris,
- ❑ Molinier, Pascal., 1997, « autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle : l'apport psycho dynamique du travail », *revue internationale de psychosociologie*, volume III, n° 5, p 53- 62.
- ❑ Nizet, Jean, Rigaux, Natalie, La Sociologie d'Herving, Goffman, Editions la découverte, 2005.
- ❑ Pitrou, A, 1992, J.H. Déchaux., 1990, 1994, réf : j. h déchaux « les échanges économiques au sein de la parenté » sociologie du travail, n° 1 ; 1990.
- ❑ Strauss, Anselm., 1992, La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, (textes présentés par Baszanger.I), Paris, L'harmattan.
- ❑ Tabet Paola., "Fertilité naturelle, reproduction forcée", l'arraisonnement des femmes, cahier de l'homme, P. 98.
- ❑ Tain, Laurence., 2001, « L'hôpital, la femme et le médecin : la construction des trajectoires de fécondation in vitro », Périodique, *Population*, N°5, P. 811-844
- ❑ Tain, Laurence., 2009, « Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n°1
- ❑ Tedjini Haddam., 1999, *Revue du Conseil Supérieur Islamique*, Alger, p, 140.
- ❑ Testart, j., 1986, l'œuf transparent, Paris, Flammarion.
- ❑ Tort, Michel., 1992, Le désir froid, procréation artificielle et crise des repères symboliques, Paris, La découverte, p, 277
- ❑ Théry, I, 1998, Le couple, filiation, parenté aujourd'hui. Le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée, Odile Jacob et documentation française, Paris, 1998
- ❑ Thiel, Mary-jo., 2003, Où va la médecine, sens et représentations et pratiques sociales, presse, universitaire, Strasbourg.
- ❑ Revel Jacques et Jean –Pierre Peter, le corps. « L'homme malade et son histoire », in j. le Goff et p. Nora, faire de l'histoire, tome III, Gallimard, Paris, pp, 172-173.
- ❑ Rivière, Claude., 2005, Union et Procréation en Afrique, Paris.

- ❑ Van Den Bossche, Marie Claude., « Corps sexué - différence sexuelle », dans *Approches du corps, session interdisciplinaire*, ICT, Toulouse, 1996, Ronéo, p. 58-59
- ❑ Zimmermann, Francis., 1993, *Enquête sur la parenté*, presses universitaires de France, Paris

Annexe

1 / GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN AUX COUPLES :

1/Femmes

Age :

Niveau scolaire :

Profession :

D'où vous venez :

Depuis quand êtes vous mariés ?

Les raisons du recours à la pma

Quand avez-vous découvert le problème de stérilité ? Et comment ?

L'expression « être mère » Que représente-t-elle pour vous ?

L'expression être père Que représente-t-elle pour vous ?

Le recours avec discrétion

Pourquoi recourez-vous à la P.M.A. discrètement ?

Pourquoi ne voulez pas que votre belle famille et votre entourage le sachent ?

Le recours à la PMA

Comment êtes vous arrivés au centre de la procréation ?

Comment avez-vous eu l'idée de recourir à la PMA ?

Pourquoi avez-vous choisi ce centre ?

Qui a décidé le recours à la PMA?

Que représente la PMA pour vous ?

Pouvez-vous nous raconter votre expérience lors de la première intervention ?

Le médecin vous explique-t-il clairement tout le procédé de PMA?

Quelles sont vos réactions face aux examens ?

Comment avez-vous conçu votre corps ?

Qu'est-ce qui est le plus dur à vivre ?

Est- elle votre première FIV ?

Que ressentez vous lors de l'intervention ?

Pendant la ponction

Quelle était votre réaction après la ponction ?

Que représente pour vous le transfert

Comment avez-vous vécu la réussite ?

Comment avez-vous vécu l'échec ?

Qu'avez-vous fait après la réussite ?

Qu'avez-vous fait après l'échec ?

La P.M.A et les contraintes économiques

Etes-vous assuré ?

Que pensez-vous du prix de l'intervention ?

Comment avez-vous payé le coût de l'intervention ?

Qui vous a aidé ?

Quel type d'aide ?

La quête de lien

Entre l'adoption et tenter une autre intervention, que préféreriez vous ?

Que représente pour vous l'adoption ?

Que pensez-vous des mères porteuses ?

2/ Hommes

Age :

Niveau scolaire :

D'où vous venez ?

Profession :

L'expression être père Que représente-t-elle pour vous ?

Que représente la P.M.A. pour vous ?

Pouvez-vous nous raconter votre expérience lors de la première intervention ?

Quelles sont vos réactions face aux examens ?

Comment avez-vous vécu le moment de prélèvement du sperme ?

Est-elle votre première ponction ?

Que ressentez-vous lors de l'intervention ?

Pendant la ponction chez votre femme, quelle était votre réaction ?

Pendant votre ponction testiculaire, qu'avez-vous ressentie ?

Quelle était votre réaction après la ponction ?

Comment avez-vous vécu la réussite ?

Qu'avez-vous fait après la réussite ?

Comment avez-vous vécu l'échec ?

Qu'avez-vous fait après l'échec ?

Comment expliquez-vous l'échec ?

Quelles sont les raisons pour recourir à l'étranger ?

Quelles sont les raisons pour ne pas recourir à l'étranger ?

Entre l'adoption et tenter une autre intervention, que préféreriez vous ?

Si votre la stérilité venant de votre femme, Pensez-vous à la polygamie ?

Si non que feriez vous ?

Que représente pour vous l'adoption ?

Que représente pour vous la filiation ?

Entretien au corps médical

1- Depuis quand votre centre est- il ouvert ?

2-Pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste la P.M.A. ?

Quelles sont les techniques de Procréation Médicalement Assistée utilisées dans votre centre ?

Quel est le nombre de personnes, par an, qui ont recourt aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA)?

Quelles sont les causes qui poussent vos patients à songer à la procréation médicalement assistée ?

Comment procédez-vous pour recueillir le sperme du patient?

3- Comment faites-vous une fécondation in vitro ?

4- Cette technique est assez récente dans notre pays. Quel est, à ce jour, le nombre de couples qui ont demandé vos services en la matière ?

5- Quel est le taux de succès de l'opération ?

6-Compte tenu de l'éthique, une femme et un homme marié par la fatiha peuvent-ils recourir à la fécondation in vitro (FIV) ?

7- Quand vous parlez de couples, faut-il qu'ils soient forcément mariés ?

8- Un "bébé-éprouvette" a-t-il la même constitution qu'un enfant né par voie naturelle ?

9-Quel est le coût de toutes les prestations ?

10-Que deviendront ces embryons ?

11-Dans quelles conditions seront-ils conservés ou détruits ?

12-Quand est ce que pouvez vous conseiller ou déconseiller aux couples uneF.I.V. ?

Et est ce que vous congelez les spermatozoïdes ?

Est-ce qu'un couple peut refaire une IAC ou une FIV ?

Il l'a refont combien de fois ?

Quels sont les risques de la FIV (FIV ou ICSI) ?

Le médecin explique-t-il clairement tout le procédé de PMA au couple souhaitant la faire ?

Quel est le devenir des embryons surnuméraires ?

Vous les gardez pour combien de temps ?

Est ce que vous demandez le consentement du couple traité ?

Est-ce qu'une veuve a le droit de demander qu'on lui restitue le sperme conservé de son défunt mari, ou leurs embryons congelés ?

Quelles sont les contraintes éthiques qui se posent dans vos pratiques de PMA?

2/ TABLEAU RECAPITULATIF

LES COUPLES ENQUETES :

	Enseignante	F foyer	Infirmière	fonctionnaire	médecin	vendeuse	secrétaire	Total
Femmes	05	04	01	01	02	01	01	15

	Enseignant	Ingénieur	Fonctionnaire	Chef d'entreprise	Chauffeur de taxi	commerçant	Imam	Total
Hommes	03	03	05	01	01	01	01	15

L'EQUIPE MEDICALE

Spécialiste en Biologie de reproduction		Médecin gynécologue		Assistante biologiste		Secrétaire médicale		Agent technique	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
01	00	00	02	01	00	01	00	01	00

Entretien N°	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Région	Formation du couple	Profession	Nombre de tentatives
Entretien 01	F	42	Universitaire	SidiBellabes	06	Enseignante à l'université,	02 INS 01 FIV Mère adoptive Stérilité primaire
Entretien 02	F	30	//	Oran	05	Enseignante au collège CEM	01 FIV

Entretien 03	F	35	Bac	Oran	04	Enseignante au primaire	01 INS 01 FIV Stérilité primaire
Entretien 04	F	29	Bac	Blida	08	Enseignante au primaire	01 INS 01 FIV 01 ICSI Stérilité secondaire
Entretien 05	F	38	Universitaire	Ain temouchent	08	Enseignante	02 INS Stérilité primaire
06	F	38	3ème AS	Mascara	10	Femme au foyer	01 IAC
Entretien 07	F	41	Primaire	Tindouf	05	//	01 FIV
Entretien 08	F	32	Universitaire	Oran	08	//	01 IAC, 01 FIV
Entretien 09	F	30	Moyen	Oran	04	//	01 IAC, 01 FIV
Entretien 10	F	31	Moyen	Oran	07	Vendeuse	01 IAC 01 FIV
Entretien 11	F	36	Bac	Blida	06	Infirmière	02 IAC, 01 FIV
12	F	40	Bac	Oran	05	Secrétaire	01 FIV
Entretien 13	F	35		Alger	06	A administratif dans une banque	01 IAC, 01 ICSI
Entretien 14	F	39	Universitaire	Tlemcen	05	Médecin	01 IAC, 01 FIV
Entretien 15	F	42	Universitaire	Bejaia	07	//	01 IAC, 01 FIV, 01 ICSI

illustration N°	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Région	Profession Fonctionnaire
Entretien 16	M	45	Universitaire	Sidi belabes	Administrateur

17	M	40	Secondaire	Oran	Enseignant
18	M	47	Universitaire	Oran	Enseignant
19	M	45	Secondaire	Blida	Enseignant
20	M	47	Moyen	Ain temouchent	Fonctionnaire
21	M	39	Moyen	Mascara	Commerçant
22	M	42	Primaire	Tindouf	Chauffeur de taxi
23	M	40	Bac	Oran	Fonctionnaire
24	M	40	Universitaire	Oran	Ingénieur
25	M	48	Bac	Oran	Imam
26	M	49	Secondaire	Mila	Aministrateur
27	M	45	Secondaire	Oran	Fonctionnaire
28	M	50	Bac	Alger	Gérant d'entreprise
29	M	39	Universitaire	Tlemcen	Ingénieur
30	M	45	Universitaire	Bejaia	Ingénieur

3/ DEFINITIONS

Définition des différentes techniques de procréation médicalement assistée.

Les découvertes en biologie cellulaire ont permis de mieux comprendre les phénomènes associés au processus de fécondation et de développement embryonnaire. Celles-ci ont favorisé considérablement l'explosion des outils et techniques permettant le traitement de l'infertilité et l'amélioration des conditions de fertilité naturelle chez l'humain.

Elle est également appelée assistance médicale à la procréation (A.M. P), en théorie, désigne tous les articles médicaux pour faire face à l'infertilité (méthodes chirurgicales, hormonales, biologiques), en pratique, l'expression est réservée le plus souvent aux techniques qui permettent de rapprocher les gamètes. Les méthodes et des techniques de procréation médicalement assistée se sont développées depuis une vingtaine d'année de façon énorme, citant ainsi :

L'Insémination artificielle ou IA

Cette technique est la plus ancienne et constitue le premier recours de l'PMA. Elle peut être répétée d'un cycle à l'autre. Dès le XIXe siècle, la littérature recense plusieurs cas de femmes inséminées avec succès à l'aide d'une seringue. Le principe de l'IA consiste à déposer des spermatozoïdes à l'intérieur des voies génitales féminines (col de l'utérus ou cavité utérine).

Elle est proposée dans le cas, chez l'homme, de troubles de l'éjaculation ou d'obligation de recourir à des traitements stérilisants (dans ce cas, le sperme peut être congelé), ou encore dans le cas, chez la femme, de stérilité cervicale (glaière cervicale non fonctionnelle).

Elle peut être réalisée avec sperme du conjoint (IAC) ou avec sperme de donneur (IAD).

La Fécondation in vitro ou FIV

La FIV consiste à réaliser l'union des gamètes (spermatozoïde et ovule) en les mettant en présence dans un milieu de culture. L'embryon obtenu est transféré immédiatement in utero ou congelé. Pour donner le plus de chances à une FIV d'aboutir à une grossesse, plusieurs embryons sont créés. Des techniciens de laboratoire sont chargés de choisir les embryons qui seront réimplantés. Quand la mère a moins de 38 ans, deux embryons sont réimplantés. Quand elle a dépassé cet âge, trois embryons seront transférés dans l'utérus maternel. Ceux qui ne seront pas immédiatement réimplantés seront congelés dans l'attente d'une nouvelle implantation. Ce sont des embryons dits "surnuméraires".

L'injection intra-cytoplasmique de sperme ou ICSI

Cette technique est en fait une fécondation in vitro assistée. Les étapes de recueil des gamètes sont identiques à celles de la FIV. C'est la technique de "fabrication" de l'embryon qui diffère. Pour l'ICSI, une micropipette chargée d'un seul spermatozoïde est introduite dans l'ovule grâce à une pipette de contention. Cette fusion est répétée plusieurs fois avec d'autres gamètes, créant ainsi un certain nombre d'embryons.