



Université d'Oran 2
Faculté des Sciences Sociales

THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat des sciences
En Sociologie de la santé

**La procréation médicalement assistée à Oran :
L'expérience sociale des femmes et des hommes infertiles.**

Présentée et soutenue publiquement par :
Mlle BENABED Aicha

Devant le jury composé de :

HADJIDJ Djourid	Professeur	Université Oran 2	Président
MEBTOUL Mohamed	Professeur	Université Oran 2	Rapporteur
MATHIEU Séverine	Professeur	Université de Lille	Co-Encadreur
EL-LAIDI Abdelkrim	Professeur	Université Oran 2	Examinateur
BENZENINE Belkacem	Maître de recherche	Centre de recherche CRASC	Examinateur
DALI ALI Abdessamed	Maitre de conférences A	Université d'Oran 1	Examinateur

Année 2017-2018

Remerciements

Au moment d'achever cette recherche, je souhaite exprimer toute ma gratitude aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui, d'une façon ou d'une autre, ont ainsi contribué à l'élaboration de cette thèse.

Je remercie tout particulièrement le professeur Mohamed Mebtoul pour avoir suivi mon travail. Son écoute bienveillante, ses conseils, sa rigueur et son soutien lors des moments de doutes qui m'ont accompagné tout au long de ces années de thèse. Ce travail lui doit beaucoup.

Je tiens à remercier la professeure Séverine Mathieu de m'avoir accueillie au sein du laboratoire CLERSE de l'université des Sciences et Technologies Lille 1, et qui m'a encadré durant toute la période de mon stage doctoral (programme national exceptionnel) à Lille. Toutes ses corrections minutieuses, la réactivité de ses réponses et la pertinence scientifique de ses commentaires, toutes irréprochables, m'ont été d'une grande source de soutien, de propulsion et d'avancement scientifique.

Je tiens également à exprimer mes remerciements aux membres du jury qui ont accepté de lire et d'évaluer ce travail : Djounid Hadjidj, Abdelkrim El-Laidi, Belkacem Benzenine et Dali Ali Abdessamed. C'est un honneur de vous présenter cette recherche.

Je remercie Laurent Bazin et Amel Hachem pour leur soutien, ainsi que mes collègues doctorants d'Oran et doctorants du bureau 19 D du Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques (Clersé) et ses membres pour avoir soutenu cette thèse, ainsi que l'école doctorale SÉSAM. J'ai pu bénéficier de bonnes conditions de travail mais également de nombreux échanges stimulants. Merci pour votre soutien et pour nos nombreux échanges qui m'ont permis d'avancer et de garder le moral.

Je remercie Assia Belghour, Ahmed Samoud du GRAS d'Oran et Sandrine Maës du Centre de documentation du Clersé /Lille pour leur gentillesse, leur efficacité, leur soutien logistique, leur aide précieuse et leur grande flexibilité toujours appréciable.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans la participation des femmes et des hommes que j'ai rencontrés et qui ont accepté de me raconter leurs expériences, souvent très intimes, également des professionnels de santé. Je tiens à leur exprimer toute ma gratitude.

Merci à ma famille et à mes chers amis Dr Cherif Benameur, Pr Mahi Tabet Aouel, Mr Tahar Mebarki, Mr Boualem Bekka et tous les Enseignants (es) de notre département de sociologie pour leur soutien et leur confiance en ma capacité à terminer cette aventure. Merci à tous ceux que j'oublie...

A tous ceux qui m'ont fourni de nombreuses clés.

Sommaire.....	01
INTRODUCTION GENERALE :	03
Problématique de la procréation médicalement assistée.....	03
La Procréation Médicalement Assistée : Une constitution d'un objet de recherche.....	13
La procréation médicalement assistée : Un champ multi disciplinaire.....	28
Plan de thèse.....	38
Premier chapitre : L'Analyse par le genre de l'expérience des couples dans la procréation médicalement assistée	40
Introduction.....	40
1. Le genre : Un outil d'analyse	41
1.1. Une Anthropologie de la Procréation.....	48
1.2. Le genre et l'organisation de la reproduction.....	50
1.3. Un nouveau mode de procréation dans la médecine reproductive.....	54
2. Le cadre méthodologique : Une Sociologie de terrain.....	59
2.1. La démarche inductive.....	59
2.2. Le recueil des données.....	60
2.3. Expériences des femmes : Mobiliser l'entretien biographique.....	62
2.4. Corpus : Portrait des couples.....	63
3. L'apport de l'observation directe.....	67
3.1. La description de la structure médicale	68
3.2. Salle d'attente, un espace d'échange d'expérience.....	72
3.3. Faire face au stigmate.....	74
3.4. Un espace de parole.....	75
3.5. Organisation spatiale de la consultation.....	77
Conclusion.....	79
Deuxième Chapitre : Normes reproductives et procréation médicalement assistée....	81
Introduction :	81
1. La PMA : D'une demande sociale à un sujet peu investigué.....	82
2. Le cadre législatif de la PMA et conditions d'accès.....	87
3. Les techniques de PMA : Une reproduction des normes sociales.....	96
4. La PMA pratiquée exclusivement dans le secteur privé.....	98
5. La discrétion dans le recours a la PMA.....	104
Conclusion	107
Troisième Chapitre : Le retour sur l'infertilité.....	108
Introduction	108
1. L'infertilité : une construction sociale.....	109
2. La réinterprétation des causes de l'infertilité.....	113
3. Les enjeux identitaires, conjugaux et sociaux de l'infertilité	117
4. L'infertilité : Corps social « malade ».....	123
5. La gestion de l'infertilité.....	128
6. Les négociations hommes et femmes dans la gestion de l'infertilité.....	130
7. L'infertilité masculine sous interventions de la PMA.....	136
Conclusion.....	138

Quatrième Chapitre : Le désir d'enfant et sacralisation de la famille.....	140
Introduction	140
1. L'enfant : Le pilier de la famille.....	141
2. La survalorisation du statut de Mère : la femme est-elle mère par nature ?	146
3. L'expression familiale du désir d'enfant.....	148
4. L'enfant, un épanouissement personnel.....	149
5. Une autre façon de faire famille : Une <i>Kafala</i> genrée.....	152
Conclusion.....	161
Cinquième Chapitre : Les sens pluriels de la procréation médicalement assistée.....	162
Introduction.....	162
1. L'infertilité : Justification du déploiement technique de la PMA.....	164
1.1.L'errance thérapeutique des femmes.....	168
1.2.Entre l'attente et l'urgence : la place du médecin.....	170
1.3.Le recours à la PMA, une demande « rationnelle ».....	175
1.4.Le regard négatif sur les techniques de la PMA : Un malaise moral.....	181
2. Les techniques de la PMA : « une épreuve » douloureuse et complexe.....	185
2.1.Les techniques d'AMP : Un dévoilement de l'intimité.....	191
2.2.Vision instrumentale et mécaniste du corps féminin.....	193
2.3. La sexualité re-naturalisée dans la PMA.....	194
2.4. La PMA : Une pratique incertaine.....	200
Conclusion.....	205
Sixième chapitre : Le corps féminin sous l'emprise de la PMA.....	207
Introduction	207
1. Le corps féminin et procréation dans la logique médicale.....	208
2. Le corps féminin comme objet sexué	213
3. Les performances des corps féminin/masculin et l'effacement de la femme.....	218
4. La PMA : Une pratique féminine.....	222
5. Le recueil de sperme entre examen médical et objet symbolique.....	226
Conclusion	232
Conclusion générale	233
Références bibliographiques	237
Annexes	258
Annexe n°1.....	261
Annexe n°2.....	265
Annexe n°3.....	267
Lexique	271

INTRODUCTION GENERALE

« Dans une démarche qui se veut scientifique, le réel n'a jamais l'initiative, il ne répond que si on l'interroge » Pierre BOURDIEU, *Le métier de sociologue*, Paris, Ed. Mouton / Bordas, 1969, p. 62.

Problématisation de la procréation médicalement assistée

Notre étude consiste à décrire le parcours et l'expérience des hommes et des femmes infertiles confrontés aux traitements de la procréation médicalement assistée (PMA)¹. Il s'agit de l'analyser comme production du genre. Notre objet de recherche tente de montrer le mode de façonnement du corps féminin pris par le processus médical de la procréation médicalement assistée et à la reproduction asymétrique du genre. Celui-ci se produit depuis la socialisation différenciée des filles et des garçons puis de la gestion des corps par rapport à la médecine et à la science.

La procréation médicalement assistée est un sujet délicat et controversé qui déstabilise les représentations culturelles traditionnelles de l'enfantement et à propos de laquelle les valeurs s'affrontent. Nous nous y intéressons du point de vue de la sociologie du genre appliquée aux pratiques biomédicales dont fait partie intégrante la procréation médicalement assistée.

Cette pratique médicale se situe au carrefour d'un contexte obstétrical qui implique une médicalisation intensive du corps des femmes. Cette dimension est centrale pour comprendre et situer le discours des personnes concernées de ce sujet. L'étude de la procréation médicalement

¹ La Procréation Médicalement Assistée, appelée aussi Assistance Médicale à la Procréation, remonte aux années 1970. L'arrivée des techniques de FIV, congélation embryonnaire fait évoluer le regard de la société sur la stérilité du couple qui n'est plus fatalité mais devient une pathologie accessible à un traitement médical. Historiquement, Par ce procédé, les ovules, extraits après un traitement hormonal intensif, sont fécondés en laboratoire. Les embryons sont ensuite transférés dans l'appareil reproductif de la femme. Si le procédé un ou plusieurs embryons s'implantent dans l'utérus au bout d'environ cinq jours et une grossesse peut alors commencer. Louise Brown, premier « bébé-éprouvette », naquit en Angleterre en 1978. Le 28 décembre 1981, Elizabeth Carr, premier enfant conçu in vitro, est né aux États-Unis. Cette méthode est surtout indiquée dans le cas de stérilité tubaire définitive (ligatures des trompes ou trompes défectueuses), mais on y recourt de plus en plus pour tous les cas d'infertilité féminine inexplicables. Après un traitement hormonal intensif, on procède à une ponction dans les ovaires pour recueillir des ovules. Ceux-ci, au nombre de dix à vingt (une femme dispose d'environ 300 à 400 ovules créés durant son propre développement foetal) sont ensuite fécondés en laboratoire par les spermatozoïdes du conjoint. Quant aux problèmes d'infertilité chez l'homme, c'est la micro-injection de spermatozoïdes (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection, ICSI), que ses critiques qualifient de « viol de l'ovule ». Il s'agit de sélectionner un spermatozoïde sain pour ensuite directement dans l'ovule en attente in vitro. Cette pratique a été, pour partie, mise au point par l'équipe franco-américaine de Jacques Testart à l'hôpital de Neuilly-sur-Seine. Elle est indiquée dans le cas d'une faible mobilité des spermatozoïdes (spermatozoïdes déficients, trop lents ou trop peu nombreux). Ces nouvelles techniques suscitent d'enthousiasme mais laissent en imaginer les dérives possibles. L'embryon humain est directement accessible *in vitro*. L'AMP devient ainsi l'un des premiers sujets de réflexion bioéthique.

assistée apparaît comme révélateur des rôles qu'occupent les hommes et les femmes dans leur parcours. L'expérience sociale de l'infertilité liée à un parcours de PMA interroge le poids et la manière dont la PMA reproduit la norme de genre dans notre société. Bien s'informer sur la réussite incertaine de cette pratique, les couples infertiles entament un processus de médicalisation qui témoigne une intervention plus générale sur le corps féminin comme objet sexué. Ces femmes vivent mal les périodes d'attentes, le traitement et les échecs à répétition. Souvent elles sortent d'un parcours de PMA sans enfant. C'est sur cette expérience d'infertilité, qui place, à la fois, les femmes en dehors de la norme sociale à faire des enfants et sert de leur corps comme objet médical par excellence, que nous allons l'analyser dans cette thèse.

L'intérêt pour aborder le lien entre l'usage de la procréation médicalement assistée et les corps féminins et masculins, est partie des résultats auxquels nous avons aboutis lors notre recherche de Magistère (Benabed, 2010) sur le processus du recours des couples infertiles à la procréation médicalement assistée (PMA) à Oran. Nous avons choisi de porter notre attention pour ce travail de doctorat sur la contribution de l'assistance médicale à la procréation dans la reproduction des rapports sociaux de sexe et du genre, en se focalisant sur le corps des femmes dans tout le processus. Notre travail antérieur nous a permis de soulever les enjeux socio-sanitaires et économiques du processus du recours à la PMA. Aussi, l'infertilité et les nouvelles techniques reproductives deviennent une affaire féminine. Ces résultats ont été d'une part l'aboutissement d'une étape de recherche et d'autre part, il nous a été possible de cerner les questions intrinsèques de notre approche et d'en percevoir des pistes de recherches.

Dans ce présent travail, nous essayerons d'élargir notre étude du processus du recours à celle de l'expérience sociale des hommes et des femmes infertiles confrontés aux traitements de la procréation médicalement assistée. Celle-ci modélise les physiologies masculines et féminines et transforme les rapports à la procréation. La médecine reproductive² et la médecine de façon générale ont beaucoup évolué. Cela peut se voir aujourd'hui par les nouvelles solutions proposées par la biomédecine. Plus l'offre de soin se développe, et plus les attentes sociales évoluant vers de nouvelles exigences auxquelles le domaine médical tend de plus en plus vers le champ de l'intime. Loin de se contenter de guérir le malade, la médecine reproductive est aujourd'hui capable de déterminer les seuils de la vie humaine notamment à travers les techniques de l'assistance médicale à la procréation (Jean Bernard, 1995). La connaissance approfondie de la physiopathologie de la reproduction, qui, appariée à des progrès médicaux, a

² La médecine de la reproduction intègre des pratiques cliniques et biologiques in vitro ou de toute autre technique ou pratique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ».

donc modifié la prise en charge des couples infertiles dans leur projet parental grâce à des techniques médicales de plus en plus sophistiquées comme l'insémination artificielle, la fécondation *in vitro*, l'Intra Cytoplasmic Sperm Injection (*ICSI*) et la vitrification embryonnaire. La médecine de la procréation se voit demandée d'accompagner une demande sociétale de nature nouvelle. C'est ainsi « qu'après la sexualité sans procréation surgit la procréation sans sexualité » avec une première mondiale : la naissance de Louise Brown en Angleterre en 1978, premier « bébé éprouvette » conçu par fécondation *in vitro* (FIV), l'assistance médicale à la procréation a beaucoup évolué pour répondre à la demande de nombreux couples infertiles.

Mais, lorsque nous pensons aux avancées de la médecine à savoir l'assistance médicale à la procréation (AMP), ou encore à la pilule contraceptive, au traitement hormonal, aux cellules souches ou sélections génétiques pour éviter la transmission de maladie, il semble qu'il s'agit d'intervenir de plus en plus sur nos corps pour des raisons sexuées et sexuelles. En Algérie, la procréation médicalement assistée est peu prise en compte par les chercheurs en sciences sociales comme par les acteurs de la santé publique. Il semble qu'elles mériteraient d'être d'avantage prise en compte dans les recherches sociologiques pour analyser les relations que les corps et le genre entretiennent avec les sciences et la médecine. Car les identités et les corps ne sont plus considérés comme donnés, cadres préexistants ou faits bruts, mais « comme agis et agissant dans la relation aux techniques » (Gardey, 2013, p. 146). Autrement dit, afin de gérer notre identité de genre, nos pratiques sexuelles et notre reproduction sexuée, nous mobilisons en fait notre propre corps (Grino, 2015, p. 14). Les normes sexuées et sexuelles façonnent les corps. Les travaux récents ont déjà montré cette implication de la matérialité corporelle dans des enjeux de genre entendu ici comme un synonyme de « rapports sociaux de sexe ». C'est une expression forgée par les féministes matérialistes françaises. Claire Grino (2015) explique que « ces techniques biomédicales sont appliquées à l'humain aux confins de soin, jouant de la porosité de la frontière entre santé et confort, médecine et anthropotechnie, bien être et amélioration, car si le savoir technoscientifique autorise des interventions médicales, il constituera le lieu de rencontre de l'offre et de la demande biomédicales » (Grino, 2015, p. 16).

Notre objet de recherche n'a pas été immédiat, il ne s'est pas imposé à nous comme une évidence dès le départ, mais s'est construit progressivement. C'est donc à la suite d'un projet national de recherche (PNR) et en tant qu'enquêtrice, où nous avons pensé au départ traiter l'éthique en acte: le cas de la procréation assistée, au sens donné par Paillet (2007). Mais avec l'immersion dans le terrain, le discours des enquêtés a été focalisé sur la place des rapports

sociaux de sexe et les normes dans le parcours de la procréation médicalement assistée à la (PMA). Au début de la deuxième année de thèse, nous avons décidé d'effectuer un remaniement important de notre sujet. C'était l'occasion pour nous de constater une demande accrue de patientes venant consulter les services de PMA. Nous avons rencontré les femmes que nous avons interrogé pendant la réalisation de notre mémoire de magistère (enquête déroulée entre 2007-2008).

Au cours des différents échanges avec ces femmes, nous avons remarqué que ces femmes continuent de multiplier le recours dans un processus chaotique et discontinu pour tenter d'accéder au statut de mère. Une femme âgée de 40 ans, nous confie qu'elle a consulté le médecin qui l'a mis sous traitement pendant des années, mais sans résultat. Elle a changé de médecin. Son nouveau médecin a exigé de l'homme un examen médical (spermogramme) permettant le traitement de l'infertilité du couple. Souvent l'homme refusait cet examen. Il ne l'a accepté qu'après la pression de sa femme, lui demandant le divorce après une vie de couple de 12 ans. Elle disait: « Je mène ce combat toute seule, mon mari est loin de ce que j'endure avec toutes cette série de fécondation in vitro (FIV) , j'étais très affectée par les consultations et les investigations médicales...J'avais l'impression que mon corps me l'a toujours pas réclamé, mais en réalité c'est la société où nous vivons qui le réclame c'est un poids bien lourd à « porter » que celui de cet enfant impossible à avoir ». Elle a tenté deux inséminations artificielles chez son médecin privé à Oran. Six mois après, elle tente une Fécondation *in vitro* dans un centre privé de fertilité à Oran. En 2011, elle refait une FIV en Tunisie. Ce dernier essai se termine par un avortement (une fausse couche) après un mois de son retour à Oran. En 2012, elle engage une démarche de « *Kafala* ». Mais ceci lui semble insuffisant. Elle retourne vers les centres de fertilité d'Oran pour tenter une autre FIV. Elle nous confie que dans chaque étape de son parcours, elle se trouve confrontée d'abord aux préjugés sociaux de l'infertilité : « femme incomplète » ensuite aux contraintes thérapeutiques et enfin aux préjugés sociaux liés à la PMA conçu comme pratique immorale. Son discours invoque clairement comment la femme mariée qui n'a pas eu d'enfant ne peut pas s'échapper à la norme dominante centrée sur son rôle de reproductrice. Cette pratique de la PMA, elle-même, est traversée par le genre.

Cette femme n'abandonne pas son projet malgré la souffrance. Encouragée par ses médecins de la PMA, elle tente de nouveau d'avoir un enfant de « sa chair » selon son expression, cela nous donne l'impression que le désir d'enfant est en voie de devenir un problème de santé qui impose sa propre logique : un enfant à tout prix. Il montre au fond que la PMA est axée sur l'infertilité du couple. Elle place au centre de ses préoccupations le corps de la femme et son désir d'enfant.

Lorsque l'infertilité s'étale dans le temps, elle implique un processus d'investigation et de traitement médical lourd. Elle s'inscrit dans la conception des normes sociales qui correspondent aux rôles et aux rapports sociaux de sexe. La recherche de la fertilité grâce à l'AMP semble être la seule alternative pour répondre à la demande des couples en difficultés de procréer et pourtant la *kafala* est aussi une solution pour faire famille.

D'emblée, le recours à cette pratique a pour origine infertilité quand celle-ci s'étale dans le temps, elle devient problématique et fait l'objet d'une demande sociale et biomédicale. La PMA répond à une « demande sociale », au sens donné par Robert Castel, à savoir les « demandes sociales informulées », les « révoltes sans paroles » en « quête de regard sociologique pour être enfin entendues » (Robert Castel, 2004). Les techniques reproductives destinées aux femmes, illustrent davantage le corps biomédical qui spécifie et accomplit la procréation. « Les technologies reproductives sont créés sans sexualité, par-delà les limites du corps « pathologique », les embryons et foetus sont conçus, manipulés et donc engendrés grâce aux exploits génétiques, pharmaceutiques et chirurgicaux » (Franklin, 1997).

En Algérie, l'infertilité est généralement étiquetée comme un événement négatif dans la vie du couple et associé à beaucoup de stigmate car « les critères que la société lui a fait intérioriser sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience » (Goffman, 1975, pp. 17-18). Si le couple recourt à la procréation médicalement assistée (PMA), il devra assumer les conséquences de sa décision, perçue hors normes par son entourage soucieux des dérives de cette pratique. La PMA a des effets pervers sur le bien-être physique, psychologique et le statut social de la femme, d'où l'intérêt d'aborder le sujet. Les femmes et les familles adoptent une stratégie du secret pour cacher l'infertilité et le recours à la procréation médicalement assistée. Une « culture du silence » entoure généralement les problèmes reproductifs.

Hormis la multitude d'études en Algérie, relative à l'infertilité sur le plan médical (Benabbou, 2013), biologique (Boucif-Debab, 2014), psychologique mais aussi la couverture médiatique considérable qu'a connue la fécondation in vitro, les aspects anthropologiques et sociologiques de l'AMP jusqu'ici, n'ont pas été réellement explorés. Ces études se sont peu intéressées aux expériences sociales des couples ayant pratiqués la procréation médicalement assistée. La presse et les médias font de cette pratique un phénomène d'actualité, en n'évoquant

que le succès relatif des cliniques de PMA. Ils mettent l'éclairage sur certaines personnes ayant réussi à avoir un enfant. Mais ceci prend peu et prou en considération l'expérience sociale.

Force est de noter que les sciences sociales en Algérie n'ont pas appréhendées de façon frontale la question de la PMA, à contrario des multiples travaux recensés dans les pays occidentaux. Ce silence est l'une des raisons fortes de notre implication active pour tenter de construire notre objet centré sur les significations attribuées par les femmes et les hommes à la PMA, en mobilisant les catégories produites respectivement dans les champs de la sociologie de la santé et celle des rapports sociaux de sexe. A ce jour, le tabou de l'infertilité masculine est très prégnant. Il semble difficile d'ignorer la forte participation masculine à l'infertilité du couple. La défaillance de la fertilité devient le problème des couples en quête d'enfants, ce qui nécessite le recours à l'assistance médicale à la procréation et impose à une femme, le plus souvent fertile une lourde médicalisation.

Notre thèse centrale est de montrer, en nous appuyant sur l'expérience des couples algériens à l'égard de la PMA, la centralité des rapports sociaux de sexe dans ce processus médico-social profondément sexué, qui se traduit par les multiples épreuves subies notamment par la femme qui acquiert face à l'homme, un statut subalterne, tout en étant au cœur du travail médical. L'expérience sociale des couples infertiles est profondément contaminée par les normes dominantes sexuées qui interfèrent dans leur vie quotidienne définie par les actes ordinaires, banales, permettant de comprendre la manière d'être vis-à-vis de soi et des autres (Fassin, 2004, p. 29).

Questionner l'expérience des hommes et des femmes infertiles ayant recours à la PMA, c'est donc s'intéresser à un travail de subjectivation, « [...] à la façon dont ils donnent sens à ce qu'ils vivent, à la relation qu'ils construisent entre leur présent et leur passé, entre leur présent et leur avenir » (Fassin, 2004, p. 29). Pour penser l'expérience des couples, il importe alors, selon Bruner, de saisir, outre les données sensorielles et cognitives qui la composent, des sentiments, des désirs, des tentatives et des expectatives (Bruner, 1986 ; Turner, 1986). Dans cette optique, une expérience vécue se compose des événements qui « font irruption ou disruption dans le comportement répétitif et routinier ». Elle « commence par des chocs, de la souffrance ou du plaisir » marquant profondément la vie et la subjectivité des individus (Turner, 1986, p. 35).

L'hypothèse est donc la suivante : dans le parcours des couples, la procréation médicalement assistée participe à la reproduction des inégalités des rapports sociaux de sexe. Nous prenons en considération la façon dont l'infertilité et la pratique de la PMA obéit à la

logique du genre. Il s'agit de comprendre le façonnement des corps masculins et féminins. Elle contribue à la construction des rapports de domination et la hiérarchisation des sexes. Au nom de la lutte contre l'infertilité, la procréation médicalement assistée s'applique en premier lieu et massivement au corps des femmes. En effet, la pression sociale et l'injonction médicale faite aux femmes en faveur de la médicalisation de la procréation n'ont fait que croître et renforcer les normes de genre dans la reproduction humaine.

Notre objectif est donc double. Dans un premier temps, il s'agit d'appréhender l'infertilité au sein du couple et sa dimension expérientielle dès sa rentrée dans l'univers médico-reproductif de la PMA. A partir des expériences des couples, nous essayons de comprendre le sens qu'ils donnent au « désir » d'enfant et à « faire famille ». L'expression « désir d'enfant » revient régulièrement dans les consultations en procréation médicalement assistée comme une condition essentielle et renvoie au désir féminin perçu comme naturel. L'attention est, ici, portée sur la déconstruction des notions comme le désir d'enfant, « faire famille », le corps et la sexualité. La découverte de l'infertilité approuvée par les investigations de la PMA constitue pour les hommes et les femmes un obstacle fondamental à leur projet parental. Elle remet en question leur identité et leur image « sociale ». Elle met en jeu les rapports sociaux de sexe qui se jouent au sein du couple qui va négocier le recours au traitement d'aide médicale à la procréation.

Dans un deuxième temps, s'intéresser aux couples désirant un enfant avec l'aide des techniques reproductives, nécessite de tenir compte des interactions avec tous les acteurs au sein de l'institution médicale. Il semble donc important de comprendre la relation entre le médecin et le patient. Nous montrerons que la procréation médicalement assistée modélise les corps féminin et masculin. Cette pratique conduit les patients, les médecins gynécologues et les biologistes dans une chaîne d'offre de traitements et une demande d'enfant de plus en plus remarquée. Il s'agit de montrer avec précision ce que font ces professionnels et ce que disent aux patients. Les relations entre les couples infertiles et les professionnels mettent aussi en exergue des représentations sur ces techniques reproductives. Les professionnels placent le corps des femmes au cœur des exigences sociales et biomédicales. La femme est centrale dans des parcours d'assistance médicale à la procréation. Elle est prise comme corps objet au profit de la technologie.

Le genre apporte un éclairage sur l'analyse de ces processus qui s'expriment à travers l'usage des techniques reproductives et leur mise en scène auxquels nous essayons de tracer certains traits des rapports sociaux entre hommes, femmes et professionnels de PMA. Celle-ci crée une dissociation entre procréation et sexualité. L'acte sexuel n'est pas nécessaire. Dans un parcours de procréation médicalement assistée, le couple échange son intimité contre l'effervescence d'une équipe médicale qui va scruter avec eux chaque étape du processus. La relation du couple ne serait pas non plus indispensable mais l'unité de procréation se modifie avec la présence du médecin. Comme le note la sociologue Laurence Gavarini (1986), « le médecin fait presque partie de la cellule conjugale reproductrice, il en est en tout cas la référence autorisée et autorisante » (Gavarini, 1986, p. 203. Cette pratique met en scène de multiples acteurs, dont les médecins gynécologues, les biologistes, et les couples eux-mêmes, principalement les femmes, dans un espace significatif des normes relatives à la reproduction et à l'enfant dans un contexte défini par des normes sociales « strictement » déterminées. Les procédés biotechniques de l'assistance médicale à la procréation créent un nouveau cadre social en déplaçant le lieu de la fécondation vers l'institution médicale. Les techniques de reproduction s'immiscent au coeur de l'intimité marquant un glissement de l'intimité charnelle et « naturelle » vers une intervention technique. L'intimité du couple est dévoilée publiquement.

L'attribution de la reproduction au corps féminin est profondément ancrée dans l'expérience des femmes dans le processus de la PMA. La logique médicale mobilise principalement le corps féminin, même en cas d'infertilité masculine. C'est l'argument médical utilisé pour justifier une telle pratique en utilisant la fécondation in vitro en cas d'altérations non spécifiques du sperme comme un moyen le plus direct d'apprécier le pouvoir fécondant du sperme. Autrement dit, le corps médical considère comme « naturel » que le corps de la femme subisse une intervention chirurgicale en vue d'établir un diagnostic concernant le corps de l'homme.

La procréation médicalement assistée se situe dans le contexte de la médecine reproductive. Elle implique une dimension sociale et biomédicale. La première dimension place l'enfant au centre de ses préoccupations à travers le rôle social de la femme dans la reproduction. Le statut de mère s'inscrit dans un processus social complexe qui dévoile l'appropriation de son corps. « Cette appropriation du corps des femmes, de leur travail, de leurs enfants, et jusqu'à leurs pensées et leur liberté de mouvement, d'une part, est non quantifiable, et d'autre part, limite la perception qu'elles peuvent avoir des causes de leur condition » (Devreux, 2001, p. 100). La

seconde est liée à la médicalisation de la reproduction qui prend le corps des femmes comme objet pour l'application de techniques reproductives en faveur du développement des biotechnologies de la procréation. Ces deux dimensions sont porteuses autant d'éléments significatifs qui traversent les logiques sous-jacentes déployées par les acteurs sociaux. Cette façon de faire un enfant permet de caractériser de l'intérieur ces activités sociales ou professionnelles, en opérant un travail de justification (Boltanski, 1991). La médicalisation et la technicisation qui s'appliquent à la procréation et l'engendrement introduisent des changements qui bouleversent les mentalités, les comportements, les représentations dans le domaine de la procréation, au point où nous pouvons parler de mutation anthropologique ou selon Gavarini (2002), nous invitent à penser à une néo-anthropologie de la reproduction humaine.

En outre, la multiplication des centres privés pour l'AMP, malgré la baisse de réussite, est alors perçue comme une solution dans le domaine des services de gynécologie, sous prétexte de soulager la souffrance des couples en difficulté de procréer. Mais, il nous semble que cette pratique représente beaucoup plus un domaine d'investissement dans des techniques expérimentales au détriment du corps des femmes. Ces femmes sont les plus impliquées par la procréation assistée parce qu'elles sont directement concernées par les interventions médicales, même quand l'origine masculine est en cause. Ainsi, quand les hommes et les femmes s'engagent dans le même projet, ils ne s'investissent pas forcément de la même manière. Cette pratique est vécue principalement par les femmes soumises à la prise des médicaments et à l'accomplissement d'un ensemble d'actes médicaux contraints. Les femmes multiplient les tentatives, même si les résultats sont décevants.

Envisager l'enfantement, c'est donc pénétrer dans les coulisses d'un « théâtre d'avant monde genré » (Serres, 1985, p. 27) où l'organisation biomédicale de la prise en charge des infertilités impose une charge physique, psychologique et financière de la part des femmes. Il nous semble que dans la PMA, le processus de l'enfantement devient technique. Le corps des femmes devient un champ d'action technologique et inscrit dans un cheminement contraignant et incertain mais obligatoire. L'existence de ces techniques de procréation donne l'apparence d'un passage obligé. Le genre permet de rendre compte de la complexité de l'infertilité et des nouvelles techniques reproductives. Il permet de dépasser l'idée de femmes infertiles enfermées dans leur désir d'enfant et de considérer, au contraire, ces femmes comme des agents actifs capables d'analyser leur propre situation. Le genre comme outil d'analyse est au cœur de notre recherche

L'infertilité est étiquetée négativement renvoyant à la responsabilité des femmes. Nos observations antérieures aux centres d'AMP ont montré que la présence féminine est souvent sollicitée et encouragée par l'institution médicale. Beaucoup de femmes sont soumises à l'injonction médicale. Ces femmes sont très affectées par les consultations et les investigations médicales. Si, le féminin et le masculin sont construits comme différents et hiérarchisés, c'est qu'un rapport de pouvoir les sous-tend. Or, ce pouvoir se construit et prend la forme d'interaction et de discours, comme disait Foucault : «le pouvoir ne se donne pas, ni ne s'échange, mais il s'exerce» (Foucault, 1997, p. 15). En effet, c'est en se tournant vers ces discours que nous pourrions essayer de comprendre comment dans notre contexte social algérien, infertilité, assistance médicale à la procréation et rapports sociaux se nouent dans un cadre normatif. Les premiers travaux sociologiques de C. Herzlich (1969) et Jeanine Perret (1983) à propos des perceptions de la santé et des interactions entre les patients et le corps médical rejoignent nos préoccupations à propos de la PMA.

En écoutant les discours des femmes et des hommes à propos de l'infertilité et le traitement de la PMA, il semble intéressant de chercher les évolutions des connaissances à propos de l'infertilité et l'AMP, leurs concordances ou leurs contradictions avec le discours médical. Le recours à la PMA se fait en secret pour traiter l'infertilité masculine. Cette discrétion peut être interprétée comme une conséquence d'un « obstacle culturel. » (Bernadette Tillard, 2009, p. 27).

Plusieurs travaux anthropologiques ont questionné l'intervention du social sur les corps notamment Lacoste-Dujardin (1985) montrent que l'apprentissage des règles sociales adressé aux filles passerait donc par une « contrainte du corps » (Lacoste-Dujardin, 1985, p. 63- 64), loin de s'arrêter à l'éducation. La surveillance des événements physiologiques des corps contraignent les femmes à la reproduction (Fainzang, 1985). Quant aux contraintes de la sexualité, principalement la reproduction, s'ajustent aux contraintes physiques en rapport du temps de travail interrompu et allongé par les tâches domestiques pour opérer le « consentement » des femmes à leur propre domination (Tabet, 1985).

Pour appréhender notre recherche, notre hypothèse n'est qu'une proposition explicative, une suggestion de réponse au questionnement de l'étude. Elle s'est émergée à travers les lectures sociologiques et nos données de terrain. Notre hypothèse fera l'objet de discussion tout au long de notre étude confrontée aux matériaux de notre terrain d'enquête. Il n'y-a donc pas une hypothèse formulée au départ que la recherche va valider ou invalider, mais comme disait Pédinielli, il s'agit d'une suite d'hypothèses qui se modifient à partir de la confrontation au

matériel recueilli». (Pédinielli, 1994, p.113). Il s'agit pour nous de développer une réflexion en étudiant l'assistance médicale à la procréation et en interrogeant le genre ou les rapports sociaux de sexe. Derrière cette aide médicale à la procréation, il nous importait de questionner le corps reproducteur et les rôles assignés aux femmes et aux hommes. C'est à partir de ces multiples réflexions autour de notre projet initial de thèse qu'a pris forme le projet scientifique ici présenté.

La procréation médicalement assistée : Une constitution d'un objet de recherche.

La procréation médicalement assistée est encore peu documentée en Algérie, au Maghreb et en Afrique, à l'exception des travaux pionniers de M. Inhorn au Moyen-Orient et en Egypte et de D. Bonnet et V. Duchesne (2016) en Afrique subsaharienne. Par contre les recherches en sciences sociales sur cette thématique se sont essentiellement développées dans les contextes européen et nord-américain. La procréation assistée soulève de questions difficiles, parfois techniques mais essentiellement sociales : problèmes éthiques et juridiques du souhaitable et du licite dans des domaines liés au statut de l'embryon, la santé des femmes, la parenté, la filiation, etc. Elle se pose donc largement à travers l'ensemble du corps social.

En Algérie, les couples algériens, légalement mariés, souffrent du problème de l'infertilité. Celle-ci représente un problème majeur de santé publique, dont les conséquences sont dramatiques : divorces, troubles psychologique etc... Elle est à la fois un enjeu social, scientifique, médical et financier. L'infertilité est perçue comme un malheur pouvant être à l'origine d'un drame familial. Certains sociologues algériens ont démontré, dans les années passées, que l'infertilité est renvoyée souvent à la responsabilité féminine. La femme « stérile » empêche la lignée de se reproduire dans la mesure où la femme est considérée comme un support biologique de la lignée. Elle est frappée d'invalidité sociale si elle est stérile puisqu'elle n'a pas rempli sa fonction pour laquelle avait été demandée en mariage » (Addi Lahouari, 1984, p. 14). En donnant des enfants, elle n'aura pas son statut d'épouse mais plutôt un statut de mère. L'infertilité 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.

Dans cette vision, Souad Khodja et Andrée Doré-Audibert, dans leur ouvrage : Etre mère au Maghreb et en Méditerranée : Du mythe à la réalité, distinguent entre les mères physiques et les mères réelles. Elles montrent que la différence entre ces deux types de mère c'est la représentation collective de la mère féconde. L'image est projetée sur l'idéal absolu de la

maternité, grossesse et allaitement. « Pour que la femme mariée puisse vraiment être considérée et trouver sa voie, il faut qu'elle soit mère et pour être mère à part entière, il faut enfanter et le plus possible enfanter des garçons ». (Khodja et Doré-Audibert 1998, p. 56). Dans les cas de nos enquêtes, il faut enfanter plus ou moins un enfant et peut importe qu'il soit fille ou garçon. L'imaginaire patriarcal légitime et produit des normes situant les personnes dans une lignée généalogiques destinée à se reproduire. Certes la société a connu des mutations et des transformations, mais cette représentation persiste. Elle intègre les références sociales et culturelles des personnes.

Si dans le passé les problèmes d'infertilité dans le couple concernaient beaucoup plus les femmes que les hommes, aujourd'hui l'homme est désormais le plus touché. Le genre de l'infertilité s'est inversé en Algérie, touchant aujourd'hui plus d'hommes que de femmes. Selon le responsable du service de gynécologie et obstétrique du secteur public, « le taux d'infertilité chez les couples algériens est passé de 15 à 20% au cours des dernières années. En effet, sur 100 couples, 20 n'arriveraient pas à concevoir d'enfants et naturellement durant les deux premières années de vie commune régulière³ ». Ce discours indique que l'infertilité masculine est prise intégrante à celle du couple. Les médecins notent que le sperme devient déficient et insuffisant. Sa spermatogenèse se trouve dérangée surtout par l'alcool et la cigarette mais aussi par d'autres facteurs tels que la pollution et le stress. C'est pour cette raison que beaucoup de femmes consultent six mois seulement après la vie conjugale.

Les études démographiques montrent qu'aujourd'hui, dans le monde, le pourcentage de couples qui éprouvent des difficultés à avoir des enfants se situe entre 8 et 15 %. En comparaison, avec l'Afrique, les travaux de Doris Bonnet et Véronique Duchesne (2016) montrent que l'infertilité est non seulement un problème de santé publique mais aussi social. Elle a en effet une forte prévalence : en Afrique du Sud, 15 % à 20 % des couples rencontrent des problèmes de stérilité ; au Gabon, ces problèmes touchent 30 % des couples. Il s'agit de stérilités primaires et surtout secondaires pour concevoir un deuxième enfant, dues à des complications mal ou non traitées d'une grossesse, d'un avortement, d'un accouchement, ainsi que de conséquences d'infections sexuellement transmissibles. La stérilité n'est pourtant jamais considérée comme un problème de santé publique, car ceux liés à la surpopulation constituent la préoccupation principale dans la région. L'infertilité conduit à la stigmatisation et à la

³L'infertilité touche plus d'hommes que de femmes en Algérie, selon des spécialistes, Publication: 25/12/2016 16h42 CET. www.huffpostmaghreb.com/.../

marginalisation. En Afrique, c'est en effet un devoir d'assurer la descendance familiale. Pour les femmes, devenir mère permet d'acquérir un statut dans la famille et dans la communauté. La reproduction serait ainsi un renforcement du pouvoir. Sur les hommes s'exerce également une pression sociale, plus intime et personnelle, autour de leurs performances reproductives, ce qui engendre un certain déni de la stérilité masculine. L'infertilité touche 15% des couples au Maroc, 15% en Tunisie et 13% aux USA⁴. Selon les statistiques du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, l'Algérie compte plus de 300.000 couples souffrant d'infertilité, soit 7 %⁵ des couples. Ces données chiffrées remontent à 2002. Il semble qu'actuellement, en Algérie, l'infertilité toucherait 12% de couples⁶ (Rahmani, 2018). La baisse de la fécondité a été induite dans les pays du Maghreb par le retard de l'âge au mariage des femmes puis renforcée par l'utilisation massive de la contraception, mais elle n'aurait pas pu avoir lieu sans un contexte socioéconomique favorable : baisse de la mortalité infantile, généralisation de la scolarisation et forte urbanisation.

On observe qu'en Algérie l'absence d'enquêtes sérieuses sur la prévalence et l'incidence de la stérilité⁷ et son impact sur la société. En effet, dans les différents entretiens, certains médecins gynécologues interviewés avancent le nombre de 65% de l'infertilité est masculine contre 40% en moyenne au niveau mondial. D'autres déclarent que les statistiques sur le taux de l'infertilité sont absentes. Ils ne disposent pas des chiffres concernant le taux des naissances d'enfants par FIV alors que J. Testart déclare que « sur 5 millions d'enfants dans le monde 3% sont conçu par FIV ». En Algérie, les couples qui réussissent la fécondation in vitro, accouchent dans des structures médicales publiques et privées hors centre de PMA. Il est rare que les naissances issues par cette technique soient déclarées. Le recours à une telle pratique a longtemps été gardé en secret par les couples concernés et par leur médecin. Au-delà de l'ambivalence des statistiques, l'infertilité est vécue comme un événement difficile pour les époux légalement uni par les liens du mariage. Pour la majorité des algériens, il est difficile voire

⁴ D'après la division de la population des Nations unies, l'Algérie figure aujourd'hui parmi les 12 pays du monde où la baisse de la fécondité a été la plus rapide entre 1970-1975 et 2005-2010 (United nations, 2006). La baisse de la fécondité générale a été radicale, puisque le taux de fécondité totale est tombé de 8,1 enfants par femme en 1970 (Negadi, 1975) à 2,2 en 2002 (Zahia Ouadah-Bedidi, 2004).

⁵ Source : Actualités, 300 000 couples Algériens sont stériles, 03 Décembre 2007. Le Soir d'Algérie. www.lesoirdalgerie.com/articles/2007/12/03/article.php lundi 03 décembre 2007

⁶ Rahmani D Djediga, publié dans El Watan, Dr A. Haddadj Oumeziane, Fondatrice de la société Algérienne de médecine de la reproduction «La stérilité touche 12% de la population en âge de procréer» le 15.02.18 |

⁷ Les des travaux de H. Leridon montrent que le mot stérilité désigne l'incapacité à un moment donné de donner le jour à des enfants vivants. Et le mot fertilité son contraire. Cette incapacité peut être temporaire ou définitive, elle peut intervenir après la naissance d'un ou plusieurs enfants (stérilité secondaire).

impossible de concevoir un mariage sans enfants. En effet, il est important de souligner qu'en Algérie, l'âge du mariage a nettement reculé⁸. Car les résultats de l'enquête 2004⁹ ont montré que la société algérienne a connu des mutations profondes marquées par une intégration de la femme dans le monde du travail. Les femmes travailleuses sont plus instruites et plus diplômées que les hommes. Leur présence est importante dans l'espace public, dans une société qui situe la femme dans l'espace domestique. Cette transformation a un impact sur le recul du mariage : des 18 ans en 1966 est passé à 27, 6 ans en 1998 et à 29, 9 en 2004. Et en 2008, l'âge moyen au mariage est estimé à 33 ans pour les hommes et à 30 ans pour les femmes. S'ajoute à cela la baisse de la fécondité dès l'âge de 24-25 ans et se réduit notablement à partir de 35 ans (Kateb, 2016; Ouadah-Bedidi, 2014). Il est à préciser, qu'actuellement, on assiste à 1 millions de naissance par an. Cela est aussi important de s'interroger sur les raisons déterminantes de ce taux de fécondité.

D'une année à l'autre, l'âge au mariage recule, quel que soit le pays. En Algérie les femmes qui se mariaient en moyenne à 20 ans à la fin des années 1970, se marient aujourd'hui à 30 ans en moyenne. Le mouvement est similaire chez les hommes et dans les autres pays du Maghreb. Même évolution en Tunisie, où les femmes se marient en moyenne à 30,7 ans en 2006 et les hommes un peu plus tôt que leurs voisins, à 32 ans. La baisse de la fécondité a été induite dans les pays du Maghreb par le retard de l'âge au mariage des femmes puis renforcée par l'utilisation massive de la contraception, mais elle n'aurait pas pu avoir lieu sans un contexte socioéconomique favorable tel que la baisse de la mortalité infantile, généralisation de la scolarisation et la forte urbanisation. Les dernières données nationales affichent respectivement 2,3 enfants par femme en Algérie (2006), 2,1 en Tunisie, 2,5 au Maroc (2003-2004) et 3 en Libye (Tabutin et Schoumaker, 2005) (Zahia). Le report de l'âge au premier mariage pour les femmes qui était de 18,3 ans en 1970 à 29,9 ans en 2006 [MICS3, 2006] et à 29,3 ans selon RGPH de 2008 [ONS, 2013], qui fait augmenter par la suite l'âge de la première maternité. Aujourd'hui l'Algérie figure aux côtés de la Tunisie, de la Chine et de l'Iran, sur la liste des pays du monde où la baisse de la fécondité a été la plus rapide (United nations, 2006).

⁸ Le recul de l'âge au mariage peut s'expliquer par le prolongement de la scolarité, particulièrement des filles, et l'amélioration du niveau d'instruction des femmes, celle-ci sont plus nombreuses à poursuivre des études supérieures. Ainsi, nous ne pouvons pas ignorer les facteurs socio-économiques comme la crise de logement, le chômage et dans une large mesure l'usage de la contraception pourraient contribuer à retarder l'entrée en union.

⁹ Source : Office nationale des statistiques (ONS).

Actuellement, avec les changements des idéaux familiaux et l'évolution des pratiques conjugales, les femmes ne sont plus seulement des mères mais peuvent aussi investir d'autres terrains, éducation, emploi... Ces changements ont tous à voir avec des transformations des rapports de genre. Les lignes ont incontestablement bougé dans la répartition des rôles entre hommes et femmes. Et ces redéfinitions des rôles selon le sexe, conscientes ou implicites, sont source d'incertitude dans les rapports entre hommes et femmes. Cette évolution des pratiques conjugales masque en fait l'inégalité entre homme et femme en situation d'infertilité. Les normes et les modèles traditionnels des rôles prescrits à chaque sexe au sein des familles sont encore prégnantes.

Il nous semble important d'interroger cette notion de femme pour mieux comprendre certains enjeux sociaux de la santé reproductive¹⁰. Car la femme est loin représentée une catégorie statique et stable. C'est ce que montre Judith Butler : « plutôt qu'un signifiant stable qui exige l'assentiment de celles qu'il prétend décrire et représenter, *femme*, même au pluriel, est devenu un terme qui fait problème, un terrain de dispute, une source d'angoisse (Butler, 2005, p. 88). Elle ajoute, en se basant sur les propos de Denise Riley, qui évoque que : « Être » une femme ne définit certainement pas tout un être ; le terme échoue à être exhaustif, non qu'il y aurait une « personne » encore sans genre qui transcende l'attirail distinctif du genre, mais parce que le genre n'est pas toujours constitué de façon cohérente ni conséquente dans des contextes historiques différents, et parce que le genre est partie prenante de dynamiques raciales, de classe, ethniques, sexuelles et régionales où se constituent discursivement les identités. Par conséquent, il devient impossible de dissocier « le genre » des interstices politiques et culturels où il est constamment produit et reproduit » (Butler, 2005, p. 89).

Les femmes ont constitué, presque toujours et partout, un groupe dominé. Bien que leur rôle ait été très différent selon les sociétés, sociologues et anthropologues sont d'accord pour reconnaître qu'il a toujours été dévalorisé, tenu pour moins important que le rôle dévolu à l'homme. Les premières études anthropologiques sur les femmes, même menées par des anthropologues femmes, reflètent assez nettement les conditions des sociétés auxquelles les

¹⁰ La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire en 1994 introduit le concept de « santé de la reproduction » en y incluant les hommes. L'objectif est de promouvoir l'égalité entre les sexes dans toutes les sphères de la vie (y compris la famille et la vie communautaire), et d'encourager les hommes à assumer la responsabilité de leur comportement sexuel et reproductif. En 1995, les Nations Unies mettent l'accent sur l'importance de la participation des hommes en matière d'hygiène sexuelle et de santé génésique lors de la 4ème Conférence Mondiale sur les femmes. Cette conférence souligne que l'égalité entre les femmes et les hommes en matière de sexualité et de procréation implique un partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences.

anthropologues appartiennent : privilégiant l'optique monographique et descriptive, ces études analysaient les domaines de la vie sociale où les femmes sont dominées, mais ne posaient pas le problème de la domination masculine comme relation de pouvoir entre hommes et femmes. « Elles délimitaient simplement ce qui est masculin-valorisé et ce qui est féminin dévalorisé. D'où les oppositions : passif/actif, nature/culture, privé ou domestique/public » (Ferchiou, 1981, p. 46).

La femme n'est définie et reconnue qu'à travers son rôle dans la société : le rôle d'épouse et de mère. La sociologue Yamina Rahou (2007) a montré dans son article intitulé : « le statut de la femme en Algérie entre l'exigence de l'égalité et le maintien du statu quo », qu'il y a un paradoxe entre l'intégration des femmes dans la vie socio-économique et la faible reconnaissance du point de vue de droit. Si l'égalité entre l'homme et la femme est garantie par la constitution, l'inégalité est toujours en vigueur au niveau des textes infra constitutionnels. La femme est située, comme l'affirme Georges Balandier, « en marge des savoirs, des relations et des pratiques qui sont les plus valorisées, placée du côté des instruments ou des choses, des activités dépréciées, des comportements de dépendance. Une seule de ses fonctions échappe totalement à cette dévalorisation celle de mère. (Balandier, 1974, p. 50).

La femme n'est valorisée qu'à travers sa fonction de génitrice. La maternité vaut fonctionnalité et la stérilité, marginalité. Le rôle de la femme c'est être mère (Bouhadiba, 1974). Etant donné son importance sociale, la stérilité fut stigmatisée à toutes les époques : châtement des dieux, ensorcellement ou dérèglement de la nature, elle entraînait punition, déshonneur ou honte. Jusqu'à une époque très récente et sauf dans les cas attestés d'impuissance masculine, où il était plus facile de parler de stérilité féminine pensée comme dérèglement de la nature. Divorce ou répudiation de la femme inféconde s'ensuivait fréquemment. La stérilité a fait l'objet de diverses thérapies magico-religieuses où la médiation de Dieu ou des saints, certaines ritualisations devaient permettre, par leur fonction symbolique, de rétablir ce qui était pensé comme dérèglement de la nature. A présent, nous parlons d'infertilité de couples, dont les traitements sont essentiellement médicalisés, même si bien des cas sont déclarés « idiopathiques », c'est-à-dire incompréhensibles à l'aune des examens actuellement pratiqués.

Face aux problèmes de la mise au monde d'un enfant, des réponses médicales ont été apportées sous forme d'interventions chirurgicales, de stimulations hormonales, ou

d'inséminations artificielles et de fécondation *in vitro*¹¹ dites techniques reproductives définies comme un ensemble des traitements et procédures durant lesquels il y a une manipulation d'ovocytes et du sperme ou des embryons afin de permettre le commencement d'une grossesse. Dans les centres de PMA étudiés, nous avons constaté un nombre important de couples faisant appel à une aide médicale. Les techniques de la procréation médicalement assistée (PMA) ont permis de passer de la stérilité à l'infertilité.

Appréhender les couples ayant recours à l'assistance médicale à la procréation, c'est apprendre à comprendre une motivation proche de la détermination, et approcher une technologie médicale sophistiquée mais aussi un processus médical invasif, très contraignant et lourd pour les femmes. Les femmes sont confrontées à deux expériences, le corps y est l'ultime instrument de l'expérience incarnée du sens y est recherchée. Il s'agit avant tout d'articuler l'expérience féminine de l'infertilité à celle vécue dans un processus de la PMA, une expérience où le corps féminin et la PMA sont profondément impliqués. Pour la femme, le statut de mère recherchée où l'enfant reste le but ultime de la démarche en PMA. Pour l'homme, l'enfant représente une nécessité vitale pour la transmission de soi et de sa génération.

Nous abordons l'expérience des couples confrontés à l'infertilité au sens d'événement imprévu qui tranche le cours du temps et oblige à faire le deuil de ses repères et modèles » (Dubar, 2001, p. 167). Une particularité de l'infertilité tient en ce qu'elle ne se découvre pas en un jour. C'est un long processus fait d'espoirs et de déceptions. La découverte de « l'infertilité » est une épreuve déstabilisante de la vie du couple (Delaisi De Parseval, 2008). L'enfant qui ne vient pas, est l'objet d'un besoin fort qui pousse activement les couples à solliciter une aide médicale souvent dans un climat d'urgence pour les aider à réaliser leur souhait. Dans certains cas, les femmes ont le sentiment de vivre très mal « leur infertilité ». Et pour d'autres, elles se sentent appartenir à une autre catégorie.

Cette représentation d'être « une autre catégorie », explique certaines plaintes revendicatives, pressantes à l'égard des praticiens, où le besoin d'enfant et être parent tendent à s'entremêler. Elles sous tendent des principes de régulation des corps, de leurs techniques et de

¹¹ Ces Fécondations *in vitro* permettent la naissance d'enfants dits « bébés éprouvettes » car la rencontre de l'ovule maternel et du spermatozoïde paternel se fait en laboratoire. Le premier bébé éprouvette s'appelle Louise Brown, née en 25 juillet 1978 en Angleterre à l'hôpital d'Oldham, près de Manchester, grâce à la collaboration du biologiste Robert Edwards et du gynécologue Patrick Steptoe. Cette première naissance est suivie par Amandine en France en 1982, puis par bien d'autres à travers le monde.

leurs usages. Ces représentations nourrissent un traitement social du corps féminin ancré dans un processus de médicalisation (Martin, 1987 ; Delanoë, 2001).

En effet, la médicalisation de l'infertilité fait de la femme la patiente principale même lorsqu'il s'agit d'une infertilité masculine. Dans la PMA, la logique médicale maintient le rôle de la femme dans la procréation soutenue par la logique sociale. En conséquence, l'institution médicale participe à la reproduction des inégalités dans le genre. La médecine est aussi une construction sociale qui contribue à sa manière, à donner sens aux rapports sociaux de sexe transversaux aux différents champs de la société. « L'histoire des sciences médicales montre combien elles ont contribué à la fabrication de hiérarchies sociales et invite à déconstruire leurs postulats biologiques. Il importe de comprendre comment la médecine crée les moyens de sa propre perpétuation, c'est-à-dire les malades et les états maladifs dont elle a besoin à un moment donné de son développement. La logique médicale en PMA et en gynécologie s'appuie sur le travail des corps qui, avec le sexe, sont « pensées comme catégories biologiques réelles » (Mathieu, 1991, p. 19). La médecine gynécologique, par l'apport de ses protocoles et connaissances nourrit plus généralement la culture médicale à l'égard des femmes en exerçant le contrôle social sur elles. Dagnaud et Mehl ont montré que l'interaction qui se tisse entre le gynécologue et ses patientes prend forme de complicité, soulignant la part active des usagères face aux médecins « tolérants », qui se mettraient au service de leurs convenances (Dagnaud et Mehl, 1988, p. 300).

En effet, la gynécologie est appelée à assurer le suivi régulier des femmes en incluant des actes chirurgicaux, la prévention et les thérapies hormonales. Les consultations et les rendez vous, en gynécologie et en santé reproductive renforcent une asymétrie fondamentale dans la surveillance sociale et le traitement médical des sexes, visant à contenir massivement le fonctionnement corporel fertile ou infertile des femmes, alors qu'ils sont présentés comme étant au service de deux partenaires en relation. Il s'agit bien d'une médecine touchant l'intimité des patients qui participe aux inégalités sexuées du rapport à la santé. « Elle est un formidable laboratoire pour examiner la construction sociale des femmes et de leur calendrier de vie centrée sur le prétendu âge de la procréation » (Cité dans Lucile Ruault, 2015).

Tout au long de cette étude, il est intéressant de déterminer certains énoncés articulés. Aborder la reproduction, les techniques reproductives ont un lien direct pour la définition de la stérilité. Athéa (1994) l'a montré dans ces analyses relatives à la modification des pratiques gynécologiques par la FIV : « L'intervention médicale par les techniques reproductives produit une extension de l'infertilité » (Athéa, 1994). Infertilité et stérilité existent et sont assignables

mais la demande de soin qu'elles suscitent est ambiguë dès qu'elle est indissociable de l'offre d'intervention biomédicale. La médecine capte le sujet malade sur lequel va être appliqué sa propre rationalité qui est strictement de l'ordre du biologique. Foucault (1975) s'oppose à la représentation dominante du savoir médical émergeant un jeu de force et de pouvoir. Il disait : « Les ethnologues savent que la médecine peut être analysée dans son fonctionnement social, la médecine du XIX^e siècle a cru pouvoir définir ce qui, en tout temps et lieux, serait malade » (Foucault, 1975, p. 157).

Il nous semble nécessaire de déconstruire la notion de couple. La famille occupe une place très importante dans la vie conjugale du couple. Ceci nécessite de redéfinir la notion même de couple en Algérie. Cette notion n'a pas le même sens que dans les pays occidentaux. Dans le contexte algérien, le couple est physiquement constitué d'une femme et à un homme (un couple hétérosexuel), n'accédant pas toujours à une autonomie dans la prise de décisions. Un couple avec enfants, même en formant un ménage spatialement autonome, il reste sous l'influence familiale : les immixtions des parents et la permanence des relations interdisent aux familles¹² dites nucléaires de s'autonomiser et de former des familles conjugales.

En outre, la notion de « couple stérile » est définie par le démographe dont le mot stérilité comme étant l'incapacité, à un moment donné, de donner le jour à des enfants vivants, et le mot fertilité est son contraire. Cette incapacité peut être temporaire ou définitive; elle peut intervenir après la naissance d'un ou plusieurs enfants (stérilité secondaire ou partielle), ou avant toute naissance (stérilité primaire ou totale). Par ailleurs, le démographe appelle fécond un individu ou un couple qui a déjà procréé, et infécond celui qui n'a pas encore procréé. Un couple qui n'engendrera plus d'enfant après un certain âge ou une certaine durée de mariage, pour quelque motif que ce soit, est dit désormais infécond. On peut donc être à la fois fécond et stérile (si la stérilité n'est que secondaire), ou fertile et infécond. Si la stérilité est définitive, on sera désormais infécond; mais on peut être fertile et demeurer infécond jusqu'à la fin de sa vie reproductive, si l'on ne se marie pas ou si l'on ne veut pas avoir d'enfant » (Leridon, 1982)

En effet, Leridon (1991) distingue trois types de difficultés pour concevoir : le premier est l'hypofertilité. C'est la fertilité inférieure à la normale. Le deuxième est la stérilité primaire. Celle-ci désigne l'incapacité pour un couple qui n'a jamais eu d'enfant de procréer sans intervention médicale. Le troisième est la stérilité secondaire où le couple ne peut plus avoir d'enfants, mais ayant des enfants par le passé. Quelle que soit la situation retenue, ces couples

¹²La famille conjugale (couple et enfants) et la famille composée formée de plusieurs couples avec enfants, se présentant comme unité de consommation partageant le même lieu de résidence.

sont donc privés de tout ou en partie de leur possibilité de choisir leur fécondité. Dans le cas présent, ce sont les notions « infertilité » et « stérilité » que nous aimerions définir au préalable pour avoir une définition terminologique rigoureuse. Dans les articles anglophones étudiés, il est toujours question de « infertility ». Ce terme anglais définit l'incapacité à procréer, applicable aux deux sexes. En français, le terme d'infertilité indique plutôt l'incapacité de la femme à concevoir et à porter à terme un enfant. Le terme est synonyme d'infécondité. Le mot stérilité définit en français l'incapacité de procréer, attribuable aux deux sexes.

Nous pouvons conclure qu'avec l'apparition des nouvelles technologies reproductives, plus particulièrement, de la fécondation *in vitro*, la notion d'infertilité a progressivement remplacé celle de stérilité comme façon de désigner l'incapacité reproductive : « L'infertilité réfère à un état médical et social liminal dans lequel la personne affectée navigue entre la capacité et l'incapacité reproductive : « l'infertile » est la personne qui n'est pas encore enceinte, mais qui souhaite mener une grossesse à terme et avoir un bébé » (De Lacey et Sandelowski, 2002, p. 35).

Infécondité et infertilité sont communément confondus alors que le premier désigne un bilan historique et le second un état médical (Testart, 2000). L'infertilité se définit comme le fait de n'avoir pas conçu l'enfant désiré par le couple, que ce soit par stérilité, hypofertilité (probabilité faible d'obtenir une grossesse. Ce terme d'infertilité ne s'emploie, en raison de l'impact du temps, et selon les nouveaux critères OMS revus en 2009, la définition médicale de l'infertilité qui est le fait de n'avoir pas obtenu une conception après 12 et 24 mois a changé. Avec l'offre des technologies de procréation assistée, l'OMS a redéfini cette notion en contribuant à la réduction du délai qui permet de diagnostiquer l'infertilité¹³. Cette réduction de temps à 6 mois et 1 an a pour effet d'augmenter le nombre de personnes pouvant être diagnostiquées « infertiles », ce qui contribue à élargir les clientèles des cliniques. Le concept de stérilité a cédé sa place à l'infertilité.

On parle d'infertilité primaire lorsqu'aucune grossesse ne s'est encore déclarée dans le couple, et d'infertilité secondaire dans le cas contraire, même si aucune grossesse n'est allée à terme; il est évident par ailleurs que lorsque l'un des conjoints a déjà une descendance, il s'agit néanmoins d'une infertilité primaire du couple, dont l'un des partenaires est donc (ou a été) fécond. « L'infertilité se comprend comme un processus, qui varie selon les cas.

Avec les nouvelles technologies reproductives, la stérilité, considérée comme un état irrémédiable, a cédé sa place à l'infertilité, laquelle ne se réfère plus à l'impossibilité de

¹³ <https://www.infochretienne.com/lorganisation-mondiale-de-sante-veut-droit-reproductif/>

concevoir un enfant, mais plutôt à une difficulté de concevoir celui-ci dans les délais déterminés par le projet de conception du couple (Ouellette 1993, p. 239). « L'infertilité réfère à un état médical et social liminal dans lequel la personne affectée navigue entre la capacité et l'incapacité reproductive : « l'infertile » est la personne qui n'est pas encore enceinte mais qui souhaite mener une grossesse à terme et avoir un bébé » (De Lacey et Sandelowski 2002, p. 35).

Si l'infertilité est définie comme une difficulté à concevoir un enfant après un an de relations sexuelles régulières et sans contraception, elle a donc des origines diverses touchant l'homme et la femme : « ...*Des causes demeurent plus difficiles à établir chez la femme en raison de la complexité des organes reproducteurs féminins: l'anovulation (absence de production d'ovules), l'infertilité tubaire (obstruction ou altération des trompes de Fallope), l'endométriose (croissance de tissus à l'extérieur de l'utérus) sont tous des causes possibles des problèmes reproductifs du couple. Par contre, chez l'homme, les problèmes d'infertilité sont surtout causés par un problème de la production des spermatozoïdes ou dans leur mobilité* ». Gynécologue du centre privé.

L'infertilité demeure inexplicée lorsque les différents tests médicaux appliqués ne permettent pas de déceler l'origine de l'incapacité reproductive du couple. Il existe toutefois des cas inexplicés pour lesquels les causes d'infertilité demeurent inconnues et sont peu investigués par la médecine reproductive qui relèvent davantage de causes psychologiques que de désordres physiologiques et biologiques.

Pour alléger notre texte, nous utilisons le concept d'infertilité plutôt que d'infécondité car il nous semble que le terme infécondité est un terme aride. Entre autre, nous mobiliserons avec beaucoup de soin les termes de stérilité, d'infertilité, absence d'enfant, couples en mal d'enfant pour éviter tout sentiment discriminatoire.

En parallèle, nous utilisons d'avantage les concepts de procréation médicalement assistée, assistance médicale à la procréation et techniques reproductives. Mais également le concept de procréation et de reproduction seront formulées davantage au cours de cette étude. La procréation fait appel à la dimension du processus qui comprend toutes les étapes de la gestation, de la conception à l'accouchement. Le terme n'est pas nouveau, il est employé beaucoup plus qu'auparavant par les féministes. Il sert à distinguer la spécificité des sphères publique et privée. Dans cette perspective, la reproduction est défini par certains chercheurs, comme un travail (Daune-Richard et Devreux, 1992) incluant l'idée de contrainte (Tabet, 1985), en réduisant la dimension psychologique et affective du processus de la gestation et de l'enfantement. La fonction de reproduction biologique de la gestation (grossesse) constitue une phase spécifique de

l'activité maternelle « Dans la famille, les femmes sont à même de produire la vie en mettant les enfants au monde, l'idéologie naturaliste de l'instinct maternel venant justifier la division inégalitaire du travail parental entre les hommes et les femmes » (Devreux, 1988).

La spécificité féminine et les nouvelles technologies de reproduction se posent au coeur de ce débat féministe. Certaines universalistes féministes y voient un risque visant à anéantir la spécificité féminine de la reproduction au bénéfice des médecins qui tentent de l'approprier, alors que d'autres, les essentialistes y voient la possibilité d'aller vers l'égalité des sexes devant la reproduction. Ces données nous permettent de penser à la question des rapports sociaux de sexe, est-ce la spécificité de la maternité qui est à l'origine de cette domination ou autre chose ? Les avancés dans la reproduction humaine amènent beaucoup de questions que le genre peut expliquer.

Le terme de procréation médicalement assistée ou les nouvelles techniques reproductives indiquent bien que les éléments du processus de la conception et de la grossesse seront soumis, à la décomposition et à la recomposition de ces éléments dans une logique biomédicale et technoscientifique. La procréation médicalement assistée consiste principalement à décomposer le processus biologique de reproduction en plusieurs étapes et de réguler son fonctionnement par différentes interventions. Dans la plupart des cas, ces interventions impliquent la manipulation des substances reproductives (sperme, ovocytes) ou des embryons. Dans les cas de FIV (fécondation in vitro) et de ICSI (injection de sperme intra-cytoplasmique), les procédures impliquent l'évaluation et la sélection des embryons de meilleure qualité, la congélation des embryons surnuméraires et s'il y a lieu d'un nombre trop élevé d'embryons se sont implantés dans l'utérus).

A cet effet, il nous semble qu'il existe plusieurs expressions pour désigner le recours aux techniques médicales d'aide à la procréation. Dans le discours social, cette pratique est connue en terme : Insémination Artificielle. Dans l'espace médical, deux expressions sont souvent utilisées: « assistance médicale à la procréation » et « procréation médicalement assistée». La première est utilisée pour désigner, dans le contexte médical et légal, les possibilités offertes aux couples infertiles. Seule l'assistance médicale et non la procréation peut faire l'objet d'une législation. Elle renvoie à un contexte institutionnel et exclut toute une série de recours possibles et existant dans d'autres contextes comme le don d'ovule et de sperme (la gestation pour autrui). Par contre, la seconde met l'accent sur l'acte de reproduction que sur l'intervention des techniques et de tiers dans le processus de reproduction (Courdières, 2014, p. 02).

Pour nous, il est encore plus appropriée d'utiliser le terme « techniques reproductives de l'assistance médicale à la procréation » afin de souligner leur principale caractéristique à notre sens, à savoir le fait que la reproduction humaine depuis quelques décennies a été profondément transformée par l'intervention de techniques spécifiques, le plus souvent médicales. Celles-ci commandent des interventions techniques et médicales d'aide à la procréation. Ce qui nous permet de mettre l'accent sur les spécificités et les enjeux liés aux techniques reproductives réalisées dans le cadre médical. Ainsi, nous ne voulons pas nier le caractère récent de l'invention et de la diffusion de ces techniques dans l'histoire.

La procréation médicalement assistée est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple en âge de procréer. Elle aide à l'obtention d'une grossesse en favorisant la rencontre entre les gamètes mâles et femelles. Elle s'entend des « pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Ainsi la PMA correspond à tous les moyens médicaux mis en oeuvre pour la conception d'un enfant en dehors de relations sexuelles fécondes. Elle peut exclusivement être pratiquée pour remédier à une infertilité dont le caractère pathologique est médicalement constaté.

En s'interrogeant si l'infertilité ou la stérilité est une maladie, les techniques de reproduction assistée comme pratique médicale de pointe intègrent l'hôpital ensuite les cliniques privées, d'où l'émergence de la technique médicale de fécondation in vitro se comprend (Tain, 1998). L'hospitalisation n'est pas naturelle, comme le montre Goffman (1987) en décrivant la carrière du malade mental. Les traits cliniques propre à un individu ne sont pas suffisants pour expliquer son internement. Le rôle des facteurs sociaux est déterminant. En outre, si la médicalisation comme un processus venant définir et traiter les problèmes principalement sociaux comme des problèmes médicaux, voire pathologiques (Cohen et Breggin, 1999 ; Beaulieu, 2005), dans le champ de l'anthropologie, le corps des femmes et des hommes en difficulté de procréer, n'est pas appréhendé sous l'angle du « pathologique », du « déviant », de l'« anormal » au regard de ce qui constituerait une norme. Le corps stérile renvoie à un ensemble de représentations qui entourent le monde féminin dans sa totalité. Cet ensemble est étroitement lié au construit d'une mémoire collective qui fait porter la responsabilité de la stérilité à la femme. Le processus de mise en accusation dont la femme fait l'objet, laisse apparaître à la fois la valorisation de la procréation et l'exercice d'une domination masculine. (El Aaddouni, 2003).

En outre, la procréation médicalement assistée comme un ensemble des méthodes cliniques et biologiques, est venue donc pallier l'infertilité du couple et comportant une intervention médicale directe sur les ovules et/ou les spermatozoïdes provenant du couple. Sa prise en compte de la question de l'assistance médicale à la procréation pour contourner les problèmes d'infertilité dans les sciences sociales est récente. Avec ces techniques, l'infertilité est relativement moins taboue qu'elle ne l'a été et qu'il est donc relativement facile pour certains couples de consulter un spécialiste pour une technique de PMA.

Cette prise en compte progressive du recours à la PMA dans le contexte maghrébin est encore plus récente et relativement étudiée. Dans le contexte algérien, elle est très médicalement centrée. Dans l'ouvrage « Un enfant : à quel prix ? » ou « La stérilité du couple en question » écrit par Larbi Ould Larbi (2006), professeur de la faculté de médecine et membre fondateur de la Société Algérienne de Fertilité et de Contraception, l'auteur souligne qu'un couple sur quatre dans le monde a des difficultés à procréer et à avoir un enfant. Seulement 2 à 5% de ces couples souffrent d'une véritable stérilité. Il montre que lorsque tous les moyens thérapeutiques classiques ont été épuisés, intervient la procréation médicalement assistée, qui reste une technique de dernier ressort et très coûteuse. Dans ce livre bien qu'il soit à usage médical, mais aussi, dans son introduction, l'auteur évoque les retombées sociales de la procréation médicalement assistée (PMA) dans le contexte algérien, qui sont peu prises en compte par les acteurs de la santé publique comme par les chercheurs en sciences sociales. Pourtant elles provoquent des formes d'exclusion sociale, et sont à la source de difficultés multiples (familiales, financières, etc.) pour beaucoup de femmes et d'hommes ayant des problèmes procréatifs, et particulièrement les femmes, par défaut de prise en charge, sont candidates des Fécondations In Vitro. Et malgré l'indéniable efficacité de ces méthodes, le succès n'est pas toujours assuré, n'offrant que des chances minimales au prix de sacrifices physiques, psychologiques et financiers très lourds des femmes et que les parcours peuvent être longs et éprouvants.

Ainsi dans son étude prospective par questionnaire sur « L'éthique de la recherche et des essais clinique : le cas de la procréation médicalement assistée, Z. Boucif-Debab (2014), traite la question dans une perspective de biologiste de sorte qu'elle montre qu'en Algérie, la PMA représente un domaine où les protocoles expérimentaux doivent être en conformité avec l'éthique médicale. La prise en charge psychologique des couples qu'elle a étudiés n'a pas été assurée pour l'ensemble. Cette absence ne répond pas elle aussi à l'aspect éthique. Selon

l'auteure, l'éthique médicale doit impliquer une intime imbrication de diverses disciplines telles que la gynécologie, la biologie, la psychologie, le droit et la religion.

Peu d'auteurs maghrébins se sont penchés sur la pratique de PMA. Dans le contexte Marocain, l'étude de Zerradji Mouna (2008) trace un état des lieux des techniques de la PMA implantées dans des centres spécialisés rattachés à des cliniques privées, mais sans aborder en profondeur le parcours des couples infertiles. « En milieu hospitalier, la PMA ne se pratique toujours pas. Beaucoup de problèmes liés à la PMA pour lesquels les réponses ne sont pas évidentes. L'expérience des centres de fertilité marocains est relativement courte, et s'y ajoute le manque de publications et de données statistiques » (Zerradi Mouna, 2008). En Tunisie, Hamza Bechir (1998) évoque les enjeux éthiques des nouvelles techniques reproductives. Le développement de la biotechnologie a certes des avantages, mais également des limites à son utilisation, au niveau de l'individu, du tissu familial et de la société. Le respect des règles éthiques, juridiques ne doit pas négliger la perception psychologique, de la personne. L'enjeu éthique est de ne pas le banaliser, de réfléchir aux frontières entre les prétentions acceptables et celles qui sont inacceptables et ne pas perdre de vue la cohésion dans la bienfaisance. Dans le contexte tunisien, Amel Aouij-Mrad (2013), professeur de droit, montre que l'accès à cette pratique n'est pas socialement indifférencié. Elle examine l'influence des croyances des personnes ayant recours à la PMA sur la réception des lois bioéthiques relatives à cette pratique.

La thèse en psychologie de Shams Labib Sami (2015) sur le retentissement de l'hypofertilité masculine et de la fécondation in vitro (FIV) sur le fonctionnement psychique des épouses d'hommes atteints d'infertilité, en Egypte auprès des femmes égyptiennes âgées entre 20 et 40 ans, postule que le recours à la FIV est motivé chez la femme par une forte idéalisation de ses propres parents. Les résultats de son enquête mettent en évidence la présence d'un discours de plainte chez les épouses, qui éprouvent le sentiment d'une indifférence de leurs conjoints à leur souffrance. Il s'avère que les femmes font preuve de différentes capacités à s'approprier subjectivement l'expérience de la FIV. Elles souffrent du maintien du secret de l'hypofertilité masculine.

Cependant, ces études combien même elles se sont intéressées à la procréation médicalement assistée dans ses aspects biologique, éthique et psychologiques, ne se sont pas réellement intéressées aux expériences des personnes infertiles dans le recours à la PMA. Il nous semble que le vécu de ses personnes est négligé. C'est pourquoi, il nous a semblé pertinent de s'intéresser au vécu de couples consultant les centres d'assistance médicale à la procréation.

L'expression de « combattant » est souvent utilisée chez les femmes mais, sans jamais se donner les moyens de les observer vraiment et décrire leur expérience.

L'étude de Sellahi (2010) se penche sur des cas d'infertilité féminine et masculine. Cette recherche présente l'intérêt d'étudier des patients en quête de fertilité entre deux cultures. L'auteure, dans sa thèse, nous offre une recherche originale menée entre l'Algérie et la France touchant les aspects psychologiques de l'expérience de l'infertilité et de la FIV. Cette étude examine le lien entre l'infertilité et la migration vers l'Europe comme une double problématique psychique. En effet, les couples que la chercheuse a rencontrés ont émigré vers la France afin de pouvoir entreprendre un protocole de fécondation *in vitro* avec Insémination Artificielle avec donneur (IAD), loin des regards de la société algérienne où la FIV non homologuée est interdite par la loi. L'exil va protéger le secret de la FIV et également va éviter les pressions familiales éventuelles qui pourraient pousser la femme ou l'homme à divorcer en cas d'infertilité chez l'un des deux partenaires. Cependant, dans notre recherche antérieure réalisée en Algérie, notre enquête a pu montrer que face à l'infertilité féminine, l'homme demande le divorce. Par contre, lorsqu'il s'agit d'une stérilité masculine, la femme continue à vivre avec son conjoint. Aussi, qu'est-il des couples algériens qui n'ont pas choisis la migration et le recours à l'insémination artificielle avec donneur (IAD)?

La procréation médicalement assistée : Un champ multi disciplinaire

Par choix, nous mobilisons ici les travaux français et canadiens existants permettant un meilleur potentiel de comparaison ou plus ou moins de discussion. Les travaux présentés ici nous semblent particulièrement éclairants par rapport à notre propre questionnement et contribuent à l'introduction de notre démarche empirique. Nous proposons de présenter ces travaux, lesquels constituent des analyses essentielles dans le champ de recherches portant sur la question de l'assistance médicale à la procréation pour mieux approfondir notre problématique.

Marie Brochard (2014), dans sa thèse « Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal », montre que les personnes infertiles ont des difficultés à structurer leur identité sociale dans ce pays où la féminité est associée à la maternité et où la masculinité est associée à la paternité. La société sénégalaise façonne les sexes dans un but reproductif. Ainsi les espaces et les tâches sociales sont à dominante « masculin » ou « féminin » et sont clairement délimités car leur fusion constitue un tabou. Dans cette différenciation stricte des espaces, les personnes stériles peinent à trouver leur place et leur identité. Elles sont éjectées des catégories « homme » et « femme » par la société. Pour être un « vrai homme » ou « vraie

femme », il faut faire la preuve de sa maternité pour une femme et preuve de sa virilité/fécondité pour un homme. Le genre structure ainsi la problématique du rejet des personnes infertiles au Sénégal. Malgré les souffrances psychologiques et sociales induites par l'infertilité, les politiques sanitaires se détournent de cette situation et occultent la pratique de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Les technologies de reproduction réalisées dans la société sénégalaise restent très inégalitaires et délaissent toute une partie de la population qui souhaiterait bénéficier de ces techniques médicales.

Le travail de Doris Chateaneuf (2011) évoque la valorisation de l'enfant, tant sur le plan social qu'au sein de la conjugalité, qui intervient dans le vécu relatif à l'infertilité. Les couples qui rencontrent des problèmes d'infertilité en quête d'une alternative pour réaliser leur désir d'enfant se tournent pour la plupart vers la médecine reproductive. L'auteure analyse les discours et les formes de relations entre les médecins et les couples infertiles faisant état des débats et enjeux liés au développement des techniques reproductives.

Pour sa part, Laurence Tain, dans sa thèse de démographie portant sur la fécondation *in vitro* (FIV) émet l'hypothèse que les pratiques et la réglementation sont imprégnées du système de genre qu'elle définit comme « un dispositif social hiérarchique produisant une différenciation sexuelle binaire ». Elle conclut que la médicalisation de la société française transforme les paramètres du « devoir de procréation » tant en ce qui concerne les rapports sociaux de sexe et la position à l'égard du travail rémunéré qu'en fonction du lien avec l'institution médicale. Elle relève une tendance accrue des femmes travaillant dans le secteur de la santé à recourir à une FIV dans la clinique où elle a effectué son enquête. Les femmes « pionnières de longue durée », comme elle les appelle, ont persévéré dans leur volonté d'obtenir des résultats positifs en faisant appel à la FIV, appartiennent à des échelons d'emploi inférieurs ou n'exercent pas d'activité professionnelle. Elle remarque aussi que ces dernières feront plus rapidement appel à la FIV après la première consultation que celles qui occupent un emploi salarié. Laurence Tain (2004), s'intéresse en particulier à la relation entre les injonctions de genre et les parcours en AMP. Le discours des médecins adressé aux femmes dans la démarche du PMA, manifeste la force de l'injonction médicale (Laurence Tain, 2009). A partir des dossiers de première consultation pour stérilité dans un service hospitalier de gynécologie-obstétrique, elle montre bien les relations complexes entre les aspirations et les hésitations des couples, le poids des systèmes réglementaires et des institutions hospitalières, et la position d'autorité des médecins qui tantôt pèse exagérément sur les couples, tantôt les soulage de décisions trop lourdes à prendre. Ce type d'analyse mériterait sûrement d'être appliqué à bien d'autres types de « parcours médicaux ».

C'est donc dans une logique « d'entrepreneur moral » (Freidson, 1984) que le médecin exerce une pression sur les femmes pour qu'elles poursuivent la trajectoire hospitalière.

Dans sa thèse de doctorat en philosophie des sciences, Irma Van der Ploeg (1999), déconstruit le discours biomédical pour étayer sa thèse. Elle traite de son côté l'usage du corps des femmes dans la fécondation *in vitro* et dans la chirurgie foetale. Dans le premier cas, le couple est pris comme patient. Par contre, dans le second cas, c'est l'embryon qui est vu comme cible de l'attention médicale. Et dans les deux situations, les femmes prêtent leur corps à ces interventions. Elles s'effacent en tant que femme sujet. Sur ce point précis à l'analyse, des questions restent à poser. Il est important de savoir si les femmes interrogées acceptent ces interventions et adhèrent à leur invisibilité et effacement.

En mettant en parallèle les procréations assistées et la chirurgie foetale, il y a un effacement des femmes. Toutes ces techniques possèdent un caractère commun, souvent déniées dans les discours, celui d'être sexuellement différenciées : c'est sur le corps des femmes que sont effectuées la plupart des interventions et des traitements souvent lourds et risqués, alors même que la pathologie en cause ne les concerne pas toujours.

Certains chercheurs ont analysé l'intérêt de la médecine de la reproduction pour le corps féminin en ce qu'il est un corps reproducteur (Tain, 2003) et le manque d'intérêt pour le corps masculin (Laqueur, 1992). La médecine est intervenue sur le corps des femmes, en tant que corps reproducteur, comme pour l'invention de la pilule, la pratique de l'avortement médicalisé et celle des nouvelles technologies de reproduction (Gardey, 2005). Après ces avancées médicales, les féministes ayant étudié ces nouveaux modes de reproduction, ont démontré comment les nouvelles technologies de reproduction, dans leur traitement de l'infertilité, adoptaient une idéologie patriarcale et comment ces techniques devenaient des moyens d'appropriation et d'exploitation des corps féminins. Elles représentaient un danger pour les femmes soumises aux interventions chirurgicales (Laborie, 1986). Elles ont constaté que seuls les corps féminins sont affectés par ces techniques de reproduction alors qu'elles épargnent l'homme, même lorsqu'il est à l'origine du dysfonctionnement reproductif (Löwy, 2006 ; Tain, 1999). Dans les différents parcours d'assistance médicale à la procréation, elles ont constaté que le corps féminin devient l'objet médical par excellence (N. Oudshoorn, 2000) et que les femmes servent de « cobaye idéal » (Testart, 1990, p 19), nécessaire pour l'avancée de cette médecine de la reproduction.

La recherche de Françoise-Romaine Ouellette (1988) sur l'expérience des femmes candidates de la PMA, nous aide à comprendre pourquoi les femmes adhèrent à la «solution»

médicale malgré les difficultés et les risques. Les témoignages des femmes en traitement d'infertilité en disent long sur l'obligation qu'elles ressentent d'être traitées. Il était impossible pour les femmes de refuser une offre médicale et scientifique c'est-à-dire d'essayer la PMA. Ces attitudes favorisent l'ouverture aux interventions techniques tout en consolidant l'idée que tout doit être tenté. Cette perspective traduit progressivement leur droit à la santé, aux services de santé, à la reproduction, jusqu'au droit à l'enfant sans pour autant ignorer les interrogations sur les raisons d'être de ces technologies. Le point de vue que les femmes ont sur leur expérience mérite d'être pris en considération dans le débat sur les nouvelles technologies de la reproduction.

Les techniques de la reproduction assistées continuent à poser question quant à la manière dont le corps des femmes est investi par la médecine reproductive. Des chercheuses questionnent le but des nouvelles technologies de reproduction et pensent que l'infertilité sert comme justification légitime (Laborie, 1986; Vandelac, 1988). La « médecine du désir » peut aussi traduire le « désir de la médecine », selon la formule de René Frydman (1986). L'expansion des territoires couverts par la médecine reproductive est aussi la conséquence des talents d'« entrepreneur moral » des médecins (Freidson, 1984).

La prise en charge de l'infertilité conjugale passe presque systématiquement par un traitement médical du corps féminin, même lorsque c'est la fécondité masculine qui est en cause (Laborie, 1985; Vayena, Becker, 2000 ; Rowe et Griffin, 2002; Inhorn, 2003 ; Tain, 2013). Ces situations maintiennent les femmes dans un état de dépendance vis-à-vis du corps médical et, en plus de leur imposer des aménagements de leur emploi du temps tout au long de la prise en charge (Hertzog, 2014), elles continuent à leur faire porter la responsabilité des problèmes reproductifs (Inhorn, 2003). Les nouvelles techniques de reproduction sont au cœur des enjeux de pouvoir entre hommes et femmes à travers la reproduction.

Dans son étude ethnographique sur la procréation, Adeline Philippe (2013), définit la procréation par l'action d'engendrer. Or l'action de procréer est un processus, un mécanisme social dont les règles de gestion sont transmises à une femme par l'intermédiaire du rôle social qui lui est attribué, dès son enfance, et tout au long de sa vie quotidienne jusqu'à sa ménopause. « La procréation c'est aussi une affaire d'homme, puisque la contrôler, par l'intermédiaire de la maîtrise du pouvoir sur les femmes, signifie maîtriser le pouvoir de survie. En effet, Françoise Héritier déconstruit les relations entre masculin et féminin et éclaire les débats liés à la répartition des sexes. Elle souligne l'importance de la fécondité comme marqueur de la différence sexuelle. « La stérilité s'entend spontanément au féminin, partout et toujours ».

(Héritier, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 125). La stérilité des hommes constitue, au contraire, un objet tabou dans notre contexte social. Elle n'y « a été reconnue que depuis peu. Le sperme était, par définition, toujours fertile » (Héritier, 1996, p. 262).

En Algérie, nous en voyons ainsi la trace dans notre propre système de valeurs. L'appropriation du pouvoir de fécondité des femmes, pouvoir qui est vital pour la constitution et la survie de toute société s'accompagne du confinement des femmes dans le rôle maternel. On aura la Mère et la mère nourricière. » (Héritier 1996, p. 232). « C'est au corps féminin qu'est associée la reproduction dans un lien de nécessité construit comme naturel où socialement les femmes se sont définies comme responsables de la procréation » (Rozée et Mazuy, 2012, p. 12). En outre, la stérilité est vécue de façon différente selon que l'on est une femme ou un homme. « Les hommes la ressentent comme une forme d'impuissance, les femmes comme un malheur affectant leur identité de femme, elles disent ne plus se sentir réellement femmes » (Fine, *dans* Knibiehler, 2001, p. 67).

Dans sa recherche, Virginie Rozée (2009) montre que les personnes infertiles « aptes aux traitements » vont « gérer », personnellement et socialement, un parcours en infertilité, selon des contraintes normatives particulièrement fortes. Bien qu'informés par les médecins ou les médias des faibles taux de réussite de l'AMP, les couples infertiles s'engagent prioritairement vers une solution médicale pour concevoir un enfant plutôt que vers l'adoption ou le renoncement à leur projet d'enfant (Mazuy et Rozée, 2009).

L'anthropologue Héritier a bien démontré que la différence des sexes est à l'origine de toute pensée. Les représentations de la stérilité, mettaient en jeu un système d'oppositions binaires (chaud et froid, sec et humide, masculin et féminin, etc.) qui prend tout son sens lorsqu'on le voit à l'oeuvre à différents niveaux d'interprétation de la réalité. Elle disait : « Les premiers humains, observant la nature, regardant leur corps et découvrant qu'il y a du mâle et du femelle, du sperme et du sang, du jour et de la nuit, du chaud et du froid, de l'humide et du sec, cette catégorisation binaire est faite « aux aubes de l'humanité, structure la pensée ». Disciple de Claude Lévi-Strauss, elle démontre aussi que la suprématie masculine est universelle. Elle s'est immiscée au coeur de la modernité et s'est présentée clairement dans les techniques de procréation médicale. La technologie, même la plus sophistiquée, se coule aisément dans ce schéma archaïque de la domination masculine, y compris conceptuelle (Héritier, 1996).

Pour sa part, Godelier (1982) souligne que les rapports entre les hommes et les femmes ne sont pas des rapports de classe, et la subordination des femmes relève de « raisons non intentionnelles » dont il appartient à l'ethnologie de comprendre la logique (M. Godelier, 1982, p. 223-229).

Ainsi, « l'effet de la domination symbolique [...] s'exerce non dans la logique pure des consciences connaissantes, mais à travers les schèmes de perception, d'appréciation et d'action qui sont constitutifs des habitus et qui fondent, en deçà des décisions de la conscience et des contrôles de la volonté, une relation de connaissance profondément obscure à elle-même » (Bourdieu, 1998, p. 43).

Dans ses premiers travaux en Algérie (1958, 1963, 1964) jusqu'aux dernières publications empiriques (2000), Bourdieu a souligné la prégnance des dimensions historico-culturelles et symboliques qui permet de mettre à jour les effets parfois violents qu'exercent les structures sociales sur les agents. La domination à l'égard des femmes est en grande partie inconsciente, révélatrice d'un habitus fort, au sens que Bourdieu donne à ce mot. Les femmes, elles-mêmes soumises à leur propre habitus favorable à la reproduction sociale, se rend à une « domination consentie » (Bozon, M ; Héran, F, 2006). La procréation renvoie à un processus fondamental pour les sociétés humaines. Ce processus détermine la vie des femmes et leur rôle social, et est connu et investi par les hommes. Ainsi, Le processus de procréation médicalement assistée est donc parfaitement assimilable à un rite de passage selon la définition de Pierre Bourdieu (1982), car il possède l'efficacité symbolique des rites d'institution en ayant « la faculté d'agir sur le réel en agissant sur la représentation du réel » (Droz Mendelzweig, 2004).

Mais si la domination est acceptée, dans son article « Quand céder n'est pas consentir », Nicole-Claude Mathieu (1985) critique la notion d'idées dominantes. Pour elle, le consentement impliquerait une prise de conscience, en l'occurrence de l'état de subordination. Il y a une confusion entre « le fait sociologique que les idées de la classe (du sexe, etc.) dominante sont les idées dominantes, et l'explication psychologique que ces idées sont celles qui gouvernent la conscience du dominé. Par ailleurs, pour pouvoir parler de « consentement », il faudrait que n'existe pas cette « anesthésie de la conscience inhérente aux limitations concrètes, matérielles et intellectuelles imposées à l'opprimé(e) » (Nicole-Claude Mathieu, 1985, p. 230).

Cependant, les travaux en anthropologie s'intéressants à la condition féminine, représentés notamment par P. Tabet (1985), montrent que l'interprétation culturelle de la capacité biologique de reproduction de la femme sert de base idéologique à la suprématie masculine. En ce sens, la procréation est un objet fondamental pour l'analyse socio - anthropologique qui est à la base de la construction des rôles sociaux. D'un point de vue de la sociologie de la santé, la procréation s'articule entre le couple et le médical où parfois le médical semble prendre le dessus, et l'analyse anthropologique des pratiques et représentations sur

lesquelles elle s'appuie peut nous renseigner sur la gestion des couples de l'infertilité et le recours thérapeutique à la PMA.

Certains anthropologues comme Novaes (1986), appréhendent l'usage de ces techniques comme un enjeu de lutte entre les hommes et les femmes. Ils s'interrogent sur le rôle de la fécondation artificielle et souhaitent savoir si celle-ci est réellement au service des femmes ou si, par l'usage de ces techniques, les hommes médecins ne sont pas en train de s'approprier la potentialité spécifiquement féminine de donner la vie (Novaes, 1986), en mettant en avant les profondes souffrances psychologiques, conjugales et sociales que peut engendrer l'incapacité d'avoir un enfant. Les recherches réalisées dans le domaine de l'infertilité ont montré comment cette incapacité d'avoir un enfant porte préjudice aux femmes (Inhorn, 2004; Inhorn et Van Balen, 2002) en les marginalisant ou en remettant en question leur statut social. Elle conduit parfois à déstabiliser ou remettre en question leur mariage, comme l'explique Véronique Duchesne à propos de certaines femmes d'origine subsaharienne ayant migré en France pour recourir à la procréation médicalement assistée loin du regard de l'entourage.

Certes, les techniques de la procréation médicalement assistée sont des techniques médicales qui aident les hommes et les femmes infertiles à la reproduction. Cependant, elles s'intéressent particulièrement à la femme en raison des menaces que fait peser sur elle son rôle spécifique dans la reproduction. L'hypothèse de Yvonne Knibiehler (1986) montre bien que faire des enfants, c'était aussi refaire le monde [...] la maternité permettait de devenir citoyenne active sans bouleverser des rôles sociaux encore très prégnants. Cette auteure a constaté que c'est pour sa fonction reproductrice que la femme intéresse les scientifiques médicaux. La reproduction humaine reste centrée sur la femme, en dépit de la connaissance de l'impact du rôle masculin. Les nouvelles techniques de reproduction donnent lieu à une réinterprétation concernant les rapports entre les sexes. Le corps des femmes est donc le lieu où s'élabore la reproduction des individus. C'est pour cette raison qu'il a éveillé très tôt l'intérêt de la médecine pour le soigner mais surtout pour le connaître et le comprendre laissant de côté le corps masculin même s'il est en cause (Knibiehler, 1987). Il semble que les médecins effacent la stérilité masculine pour se retourner vers la femme. Ce sont les femmes que l'on soigne pour les infertilités masculines. « Les femmes, de par leurs particularités biologiques, paient de leur personne le « désir d'enfant du couple », au travers des interventions qu'elles subissent » (H. Rouch, 1991). D'ailleurs dans l'AMP, cette logique de s'occuper du « corps reproducteur au féminin » est nettement visible et participe à la reproduction du système du genre.

Des chercheuses ont aussi analysé les changements induits par l'assistance médicale à la procréation à travers la dissociation entre sexualité et procréation (Rouch, 1995). Ces techniques introduisent une crise dans les rapports entre les sexes. Pour être parent, la sexualité n'est plus nécessaire à la procréation (Rouch, 1995 ; Tain, 2003). Ces chercheurs ont remarqué que les médecins sont en train de s'approprier la « puissance spécifiquement féminine » de la maternité (Novaes, 1986). Les médecins prennent une place de plus en plus importante dans la procréation. Elles ont remarqué d'ailleurs dans le discours scientifique des gynécologues et des biologistes, un déni de la place de la femme dans la reproduction permise par les nouvelles technologies de reproduction (Botbol-Baum, 2003 ; Kail, 1991). Les médecins, dont la plupart sont des hommes, veulent maîtriser la reproduction et cette maîtrise passe par celle du corps des femmes¹⁴ (Knibiehler, 1986). La fonction maternelle, voire le « pouvoir maternel » (De Vilaine, 1986), est ainsi remis fortement en question dans l'aide médicale à la procréation au profit de la médecine de la reproduction et des médecins.

Très souvent les chercheurs qui travaillent sur la stérilité ou la reproduction ne posent pas la question du pourquoi de ce désir d'enfant. Il est tenu pour acquis que cela est normal et universel, que se reproduire est naturel, et les termes « naturel et normal » sont utilisés comme synonymes. Dans cette vision, l'enquête conduite par Cristina Maggioni (2006) dans un centre médical spécialisé auprès de femmes, qui se rendaient à la consultation pour infertilité, pour comprendre les motivations pour une maternité, les réponses des femmes étaient vagues et évasives. Il ne ressort pas de raison personnelle pour ce désir de maternité : « *tout simplement on est et on veut être comme les autres* ». Un corps qui ne procréé pas, n'est pas appréhendé sous l'angle du « pathologique », du « déviant », de l'« anormal » Il est en revanche saisi sous l'angle de normatif.

Pour la sociologue Gavarini (1988, 1989), le phénomène de l'infertilité comme la production sociale d'un mal-être par rapport à la procréation. Elle aborde le phénomène de l'infertilité comme l'expression d'un rapport social à la procréation et comme une construction sociale avant même d'être une maladie ou un état. Pour elle, ce malaise moderne qui appelle des solutions médicales est confus et paradoxal et prend plusieurs formes. Elle indique le même phénomène, soulignant le poids des normes collectives qui orientent de façon cachée des choix perçus comme

¹⁴Dans un article de Yvonne Knibiehler : les médecins et la « nature féminine » au temps du Code civil, disait : « on commence à comprendre que les règles conditionnent la génération Et donc au lieu être une supériorité de la santé féminine elles deviennent une servitude de plus que la nature impose la femme en vue de la maternité de la puberté la nature féminine exige donc le mariage. Le mariage fait de la fille une femme.

individuels et libres : « à l'insu des acteurs, s'exercent des politiques sanitaires et de l'hygiène publique, de l'économie de la santé, de l'épidémiologie, qui donnent une dimension collective aux pratiques des « usagers », toutes singulières, individuelles et « libres » qu'elles paraissent ». (Gavarini, 1989, p. 133).

Dans son ouvrage intitulé : « Le désir froid », Tort (1992) introduit une dimension sociale fondamentale dans son analyse : il resitue son approche psychanalytique dans le cadre des rapports sociaux de sexe et, plus largement, des rapports sociaux marchands grâce à son hypothèse d'induction de la demande par les agents du système biomédical. L'induction de la demande, ou l'offre de demande par le corps biomédical, répond à une logique industrielle générale et s'appuie sur une logique de la recherche et de la découverte qui échappe à l'interprétation habituelle des mauvaises applications de la techno-science (Tort, 1992, p. 5). Il ajoute dans un autre passage : « Une chose, en tout cas, est certaine : le débordement des techniques biomédicales par la demande fantaisiste des sujets traduit de manière inversée le processus réel de fabrication de la demande par l'induction scientifique ». (Tort, 1992, p. 74).

Les techniques de la PMA sont avant tout un phénomène qui s'inscrit dans une logique instrumentale de la procréation humaine. Les embryons, les ovocytes... sont des éléments séparés et peuvent être transférés d'un corps à un autre. Le développement des rapports marchands qui prennent place dans le domaine de la procréation où « les conditions de la procréation, décomposées scientifiquement, se présentent désormais comme un montage d'éléments biologiques, susceptible de donner lieu à des transactions entre des porteurs, transactions qui ne sont plus dominées par le rapport sexuel ». (Tort, 1992, p. 64). En ce sens, les recherches de Gay Becker centrées sur le problème de l'infertilité, enrichissent des interrogations anthropologiques fondamentales sur les enjeux des nouvelles techniques de reproduction liés à la famille, l'identité et les valeurs. Il adopte un point de vue critique et engagé contre un système sanitaire industriel qui fait bien peu de cas du respect des personnes. Il montre que les technologies de la procréation « deviennent des produits de consommation où le critère déterminant est la capacité à payer, et l'autre sur le bilan dressé à propos de la « normalité » après le « long voyage » dans le monde de l'infertilité » (Gay Becker, 2000).

La position du religieux sur la procréation médicalement a été aussi étudiée. La religion musulmane permet une séparation entre la sexualité et la procréation, mais non de dissociation entre la biologique et le juridique : l'enfant est conçu dans le cadre du mariage, sinon il est perçu comme un « bâtard » (Fortier, 2010). « La permission découle de ce que l'infertilité est une

maladie, et l'homme a l'obligation de chercher le remède à toutes les maladies. Cette obligation trouve sa source dans les objectifs eux-mêmes de la loi islamique » (Al Attrach, 2006, p. 151).

Dans son ouvrage intitulé : *L'enfant des possibles*, le travail de la sociologue S. Mathieu (2013) s'intéresse à l'assistance médicale à la procréation et rapporte qu'actuellement en France, 500.000 couples environ consultent chaque année afin d'être aidés pour concevoir un enfant. Cette sociologue s'intéresse à la manière dont les divers acteurs élaborent, pour eux-mêmes, une éthique du recours à ces nouvelles techniques de reproduction. Son travail repose sur des enquêtes de terrain menées dans un service de biologie de la reproduction en France. Elle montre bien la place de la religion dans le processus technique de la PMA en soulignant l'importance de l'aménagement des règles religieuses dans une vision pragmatique et individualiste. Pour ces personnes, Dieu décide de la procréation. Son interlocutrice disait : « C'est Dieu qui fera que je suis enceinte. Donc s'il n'est pas d'accord, il ne le fera pas » (Mathieu. S, 2013, p. 35).

En s'intéressant aux couples « élus de l'AMP » (p. 41), S. Mathieu, distingue les logiques justificatives de la part des soignants quant à l'autorisation de l'entrée en PMA pour les couples. Une logique juridique d'abord : si les médecins ont une marge de manœuvre, l'argument juridique leur permet de décourager les requêtes qu'ils n'approuvent pas. Une logique compassionnelle ensuite, qui peut conduire à la prise en charge de cas limites : « l'équipe sera sensible au cas d'une femme atteinte par le VIH à la suite d'un viol, qui sera prise en charge par le service, bien qu'âgée de 42 ans » (pp. 53-54). Les soignants mettent en avant l'aspect culturaliste (les personnes d'origine africaine pouvant être considérées comme ayant un « très grand sens de la famille » (p. 56). L'auteure montre aussi que les professionnels de la PMA et les patients défendent une morale qui ne se réfère pas nécessairement sur des références religieuses. C'est plutôt le « désir d'enfant » qui est une question fondamentale et « condition préalable et intangible » au processus de PMA. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la majorité des personnes interrogées semblent soutenir le désir d'enfant né dans la conjugalité comme une condition *sine qua non*.

La PMA respecte un ordre familial traditionnel mis en avant par les couples et les soignants. Ce désir d'enfant, souvent présenté comme une évidence, est également un construit social soumis à des normes de genre. La question du genre est présente dans les parcours de PMA. Ceux-ci sont marqués par une forte participation des femmes, alors que la présence des hommes est discrète.

Cette recherche vise à explorer l'expérience des couples infertiles dans le recours à la procréation médicalement assistée. Nous avons proposé un état des recherches sur la question de la procréation médicalement assistée. C'était l'occasion de problématiser la PMA en tant

qu'objet de recherche dans les sciences sociales et approfondir les problématiques de travaux qui nourrissent la construction de notre objet et de notre questionnement. Nous nous sommes appuyées sur les analyses essentielles des travaux déjà réalisés dans les champs de recherches pluriels et contextes souvent différents. Si la PMA n'a pas été un objet central de recherche en Algérie, un regain d'intérêt s'observe cependant pour cette question ces dernières années. Cet effort de contextualisation permettra de situer l'apport de notre recherche et la singularité de notre démarche.

Plan de thèse.

Notre thèse est structurée de façon suivante. Six chapitres organisent la démonstration de la thèse. Nous exposerons, dans le premier chapitre, notre cadre théorique et méthodologique. Dans un premier temps, notre démarche théorique ancrée dans une approche du genre sera précisée. Nous traiterons donc la pertinence du concept de rapports sociaux de sexe et du genre pour éclairer notre objet de recherche. Dans le deuxième temps, nous présenterons le cadrage méthodologique de notre démarche. Nous avons choisi de mobiliser une sociologie qualitative, compréhensive et inductive. Nous présenterons les modalités pratiques de l'enquête, les terrains investis et les données recueillies. Les choix qui ont été faits, quant à la manière de discuter le matériel conceptuel et l'ensemble des données recueillies, poursuivent un objectif central : développer et pratiquer un type d'ethnographie qui débouche sur une perspective analytique capable de saisir les expériences des couples infertiles dans un parcours de PMA.

Nous étudierons, dans le deuxième chapitre, l'encadrement médico-culturel de la PMA dans la société algérienne. Celle-ci se situe au croisement de l'innovation technique et les restrictions socio-légales. Il dresse un ensemble de normes sociales avec lesquelles doivent composer les acteurs impliqués dans de telles démarches. Plus descriptif, ce chapitre apparaissait essentiel pour mieux camper l'ensemble des réflexions et des analyses proposées dans les prochains chapitres de cette thèse.

Dans le troisième chapitre, une attention particulière et constante sera portée aux expériences des femmes et des hommes vécues dans l'infertilité. Raconter l'expérience des couples infertiles dans le recours à la médecine reproductive n'a pu se faire sans toucher au vécu de l'infertilité. Cette étape de vie est nécessaire pour montrer le poids de la pression familiale et sociale subis par ces couples. Elle est déterminante pour expliquer les motivations des couples à recourir à la PMA. En effet, nous consacrerons le quatrième chapitre pour comprendre la valorisation de l'enfant et la sacralisation de la famille. Nous insisterons sur la quête d'un enfant socialement voulu et « techniquement » encouragé.

Le cinquième chapitre sera consacré au traitement de l'infertilité et la transformation du rapport à la procréation. Nous évoquerons les expériences des couples et leurs représentations en matière de la procréation assistée. Il s'agira, également de mettre en exergue les contraintes des femmes dans le recours à la PMA.

Et enfin, dans notre dernier chapitre, nous traiterons l'apport de la sociologie des rapports sociaux de sexe, domaine interdisciplinaire à l'interface de la sociologie de la santé, particulièrement le champ de la PMA. Il s'agira, en effet, d'analyser l'emprise de la procréation médicalement assistée sur les corps féminins et masculins. Nous examinerons les asymétries dans le genre à travers le sexe et l'âge.

Dans la conclusion, nous proposerons, tout d'abord, de revenir sur les principaux résultats de notre recherche. Nous aborderons, ensuite, les limites de notre travail et proposerons des pistes d'approfondissement.

CHAPITRE 1

Une Analyse par le genre de l'expérience des couples infertiles dans le recours à la procréation médicalement assistée

Introduction

Notre étude s'intéresse à la réalité sociale des femmes et hommes confrontés à l'infertilité et aux traitements de la PMA et les analyser comme production du genre. Ce chapitre développe notre assise théorique sur laquelle s'appuie l'analyse de notre étude. Dans un premier temps, il retrace notre cheminement de pensée que nous avons mis au point pour répondre à notre question de recherche, une manière de montrer comment le genre contribue à l'analyse de l'infertilité et assistance médicale à la procréation. Il s'articule autour de deux axes. Le premier axe est consacré à l'exploration de la littérature en sciences sociales sur l'étude du genre comme un rapport social de sexe en passant à la question du corps. Car si les techniques reproductives augmentent les options procréatives des femmes, elles questionnent aussi les enjeux assumés par les femmes dans le développement de ces techniques. Nous essayons de mettre en lumière l'idée clé de l'analyse dans l'étude du genre, tout en mettant en évidence les forces et les faiblesses des différentes approches.

L'élaboration du concept de genre¹⁵ est pertinente pour la sociologie et l'anthropologie permettant l'approfondissement de ses recherches sur les rapports de domination entre les sexes. Le deuxième axe est dédié à l'analyse de l'expérience hétérogène des couples en PMA en tant que processus dynamique, fruit de représentations et d'interactions. La construction de la réalité subjective des femmes et des hommes sur les représentations associées à l'infertilité, à l'assistance médicale de procréation, au corps, le partage de l'univers de signification avec les médecins, est ainsi mise en lumière.

Dans un deuxième temps, il vise à présenter le processus et le cheminement méthodologique de notre enquête de terrain en s'appuyant sur les fondements épistémologiques privilégiés, tout en indiquant le traitement et l'analyse des données. Le terrain anthropologique constitue toujours une étape au cours de laquelle nos choix théoriques sont revus et redéfinis à la

¹⁵ L'usage du concept : le genre est diversifié selon les disciplines respectives : sexe social en anthropologie, rapports sociaux de sexe en sociologie, masculin/féminin en littérature, femmes/hommes en histoire, différence des sexes en philosophie.

lumière de la réalité empirique. Nous essayons d'aborder les principales dimensions de la démarche méthodologique. Dans un premier temps, nous portons une réflexion socio-anthropologique¹⁶ (De Sardan et Jaffré, 1995, p. 10) sur les fondements de la recherche anthropologique, en expliquant les différents choix épistémologiques privilégiés durant la construction de la thèse. Dans un deuxième temps, nous proposons une description des procédures de collecte des données. Finalement, nous exposons les procédures d'analyses des données, c'est-à-dire les méthodes qui nous ont aidées au traitement et l'analysé du matériel ainsi que les objectifs sous-jacents au traitement des données.

1. Le genre : Un outil d'analyse

Notre approche théorique se situe au croisement de plusieurs types de recherches : Elle s'inscrit dans le champ de l'anthropologie médicale et de la santé lié à la médecine reproductive. Cela nous permet non seulement d'analyser l'expérience vécue par les couples comme un événement déstabilisant, mais également de comprendre le lien entre l'usage de cette pratique médicale et le corps des femmes dans la reproduction. A. Kleiman (1988) a distingué entre *disease*, la maladie du point de vue médical et *illness*, la maladie de point de vue de l'expérience du patient. Nous essayons d'appliquer ce schéma d'analyse aux matériaux recueillis pour distinguer le discours médical et celui des patients. Ensuite, la notion de genre vient nourrir notre analyse pour appréhender les questions de l'infertilité et l'usage des techniques reproductives de l'assistance médicale à la procréation. En effet, notre approche se nourrit d'avantage des ouvrages fondateurs des études de genre (Devreux, 1985; Wittig, 2001; Scott, 2012). Ici, nous soulignons qu'actuellement, un clivage est venu mettre une opposition entre les féministes universalistes appelés « les matérialistes » et les féministes différencialiste ou appelés « les essentialistes ». Les premières considèrent que la cause des femmes évoluerait lorsque les comportements seraient moins marqués par des assignations sexuées. Les deuxièmes voient, au contraire, que par la revalorisation du féminin et des expériences spécifiques des femmes, une lutte contre la domination masculine s'établit. Les féministes essentialistes ont été influencées par le féminisme anglo-américain, alors que les féministes matérialistes, dans le sillage de Simone de Beauvoir, ont lutté contre le « mythe » d'une quelconque essence féminine ou

¹⁶ Nous entendons par « socio-anthropologie » l'étude empirique multidimensionnelle de groupes sociaux contemporains et de leurs interactions, dans une perspective diachronique, et combinant l'analyse des pratiques et celle des représentations. [...] Elle tente une analyse intensive et in situ des dynamiques de reproduction/transformation d'ensembles sociaux de natures diverses, prenant en compte les comportements des acteurs, comme les significations qu'ils accordent à leurs comportements ».

masculine (Bereni *et al.*, 2008). Les féministes matérialistes ont formulé un concept de « genre » synonyme de « rapport social de sexe » et l'ont critiqué comme forme de domination. Le genre comme rapport social, entrainé dans la catégorie des dominations et pouvait donc être comparé à d'autres formes de domination.

Cette thèse est également héritière des travaux abordant la médicalisation du corps des femmes (Oudshoorn, 1994; Gavarini, 2002; Gardey, 2005; Löwy, 2006) en se focalisant de manière assez restrictive sur les enjeux de l'assistance médicale à la procréation (Laqueur, 1992; Foucault, 1997; Rouch, 2002; Le Breton, 2005). Si « le corps est une synecdoque pour le système social » (Butler, 2006, p. 253), il constitue un point d'entrée particulièrement pertinent pour éclairer des rapports sociaux à l'oeuvre. Le corps est l'objet d'injonctions sociales et soumis pour partie au pouvoir médical. C'est donc dans l'articulation entre sociologie du genre, sociologie du corps et l'anthropologie de la reproduction que nous construisons notre cadre théorique. Ceci engage une dynamique réflexive qui permet de mettre en lumière à la fois les souffrances et les marges de manœuvre des acteurs.

Nous définissons le genre comme un principe de division hiérarchisant les sexes et comme un système d'organisation régissant les rapports sociaux entre eux. Le genre est à la fois un rapport social et un espace producteur d'une hiérarchie entre les sexes. Le genre est socialement construit et historiquement situé. Nous soutenons, en ce sens, la définition de Nicole-Claude Mathieu : « le genre a trait non à la différence, mais à la différenciation sociale des sexes » (Mathieu, *in* Hurtig, Kail et Rouch, 2003, p. 69). Devant la visibilité des femmes et l'invisibilité des hommes dans les consultations gynécologiques et dans tout le processus d'AMP mettent en évidence un rapport social, au quelle la norme de genre et les pratiques s'arrangent voire se reconfigurent faisant persister les rapports sociaux de sexe. L'assistance médicale à la procréation a permis de mettre en évidence que la femme est au cœur de tout le processus de la procréation.

Le genre est donc défini en fonction des rôles des femmes et des hommes dans la reproduction. C'est une raison pour laquelle, il est intéressant d'étudier le sort réservé aux personnes qui ont des difficultés pour procréer. Dans l'assistance médicale à la procréation, les femmes fertiles se traitent pour une infertilité masculine et elles sont prises comme infertiles. Elles subissent une double injonction : sociale et médicale. Sociale parce qu'elles sont contraintes d'enfanter pour accomplir le statut de femme-mère. Médicale parce que les nouvelles technologies de reproduction font de la femme la patiente principale pour l'infertilité du couple ou pour l'infertilité masculine. L'institution médicale d'AMP se focalise sur le corps des femmes

délaissant les corps masculins. Le genre est aussi pertinent pour bien montrer l'organisation des parcours d'assistance médicale à la procréation centrés sur les corps des femmes. Les techniques de l'assistance médicale à la procréation contribuent à la fabrique du genre. Pour la sociologue Gardey Delphine, les techniques reproductives ne sont pas neutres, mais instrumentalisées à des fins de pouvoirs. Elles sont une manière parmi d'autres d'ordonner le monde, c'est-à-dire de contribuer à le façonner mais aussi à le « mettre en ordre » au sens strict » (Gardey, 2002, p. 15). Les études relevant de l'anthropologie du genre ont été conduites selon deux perspectives : la première perspective mettait l'accent sur la division sexuelle dans la procréation, les rôles et statuts des hommes et des femmes dans la vie sociale (par exemple des travaux parus en France, Tabet, 1979). La deuxième perspective s'attachait aux principes symboliques qui sous-tendent les représentations de la masculinité et de la féminité (par exemple Héritier 1963) en insistant sur les représentations du corps et analysant les institutions qui maintiennent et légitiment la domination des uns sur les autres (Godelier, 1982 ; Knauff, 1989).

L'intégration de l'approche des rapports sociaux de sexe dans les recherches est devenue une approche qui réconcilie toutes les disciplines des sciences sociales et humaines.

Il est important de rappeler que dans les études en sciences humaines et sociales, le genre a pris la signification de « sexe social » en opposition au « sexe biologique », par la définition que donne la sociologue américaine A. Oakley en 1972. Le genre a conduit donc à une séparation entre des données biologiques, telles les différences anatomiques et physiologiques entre hommes et femmes ou leurs rôles distincts dans la procréation. Le « sexe » dérive des différences biologiques et naturelles entre mâle et femelle. Par contre le « genre » est lié à la classification sociale, c'est-à-dire le « masculin » et le « féminin ». Les féministes américaines utilisent ce concept pour exprimer le caractère social des distinctions fondées sur le sexe et rejettent l'idée que le sexe renvoie au biologique et soit déterminé par la nature, comme l'historienne J. Scott (1988). Le genre est social et construit et il n'est pas naturel. Le « genre » soulignait l'aspect relationnel des définitions normatives de la féminité centraient sur les femmes de manière trop étroite. Les femmes et les hommes étaient définis en termes réciproques et aucune compréhension de l'un ne pouvait être acquise par une étude entièrement séparée. (Scott, 1988, p. 129).

Le concept de rapport social présente plusieurs caractéristiques par lesquelles nous pouvons le définir. La conception dialectique du rapport social met en jeu des catégories qui s'affrontent et sont interdépendants. De fait, il n'a pas de causalité biologique ou de fondement naturel, il est historique, politique et par conséquent réversible (Dunezat et Galerand, 2004, p.

332). L'anatomie est politique disait Mathieu, et si la société tend à catégoriser les individus selon leurs caractéristiques naturelles, permettent de ranger les individus dès leur naissance dans une case ou une autre à partir d'un sexe biologique, d'une couleur de peau (race), d'un âge depuis la naissance (groupe d'âge), d'une hérédité familiale (de classe), c'est parce qu'il y a cette action sociale de catégorisation que le rapport est social et non biologique. Le rapport social est transversal. Il se produit et se reproduit dans toutes les dimensions de la société dans la famille, la santé, le travail, la politique, l'école ...), il traverse la société (Dévieux, 1994) et classe les individus dans un groupe ou l'autre. Les rapports sociaux organisent donc la vie en société.

Tout au long de ce travail, le genre¹⁷ est appréhendé comme rapport social permet de mieux cerner l'organisation de la procréation assignée aux femmes et aux hommes dans la gestion de l'infertilité en institution médicale d'AMP. Pour notre étude, nous ne concevons pas le genre comme un instrument politique, mais nous l'utilisons comme un outil scientifique pertinent. Dans cette vision, il nous semble que les théories du genre sont multiples, ce qui nous permet de favoriser les études du genre et rejeter l'idée d'une théorie du genre, prescrit dans un champ de recherche de manière scientifique et non idéologique.

La recherche sur la notion de genre¹⁸ s'est faite en rupture avec les travaux antérieurs centrés sur les femmes et la « condition féminine », puisqu'il s'agit de travailler aussi sur les hommes, en prenant en compte la question de la masculinité. En outre, nous pouvons observer, dans toute société, que les places occupées par les femmes et par les hommes et les rôles sociaux que les unes et les autres jouent ne sont pas seulement le résultat de la différence physiologique entre les hommes et les femmes. Ils sont le résultat d'une longue construction collective. Cette notion de rôles sociaux comprend celle des rôles sexués qui sont liés au genre. L'identité féminine est définie en référence au concept de genre, entendu au sens du « système de normes et de rôles de sexe, qui déterminent les rapports sociaux de sexe, fondés sur la domination masculine » (Gavarini, 2012, p. 138). Toutes fois, nous soulignons que la définition du genre donnée par Gavarini est celle de Joan Scott, c'est-à-dire qu'il n'y a de genre que quand il y a rapport de pouvoir entre les groupes de sexe.

¹⁷ Plusieurs études ont montré que les premiers usages du concept de genre sont apparus aux Etats-Unis dans les années 50 dans le domaine de la psychiatrie considérant pour rendre compte les cas exceptionnels où les individus ne ressentent pas leur appartenance sexuelle que supposeraient leurs organes sexuels apparents (Fausto, Sterling, 2000). Ainsi, John Money définit le genre comme la conduite sexuelle qu'on choisit d'adopter, en dehors de notre sexe de naissance. Money a utilisé le concept pour parler des rôles genrés pour rendre écart entre l'assignation de sexe comme donnée apparente de sexe et les ressentis sexuels subjectifs chez des enfants hermaphrodites.

¹⁸ Le mot genre est la traduction du mot anglais *Gender*. Ce concept est apparu pour la première fois en 1972, dans un ouvrage d'Ann Oakley intitulé « *Gender and Society* », et s'est progressivement répandu à partir des années 80. Il propose de faire la distinction entre la dimension biologique (sexe) et la dimension culturelle (genre).

La notion de genre s'est ainsi imposée, élargie et banalisée à partir des années 1990, en concurrence avec la notion de rapports sociaux de sexe, forgée par les sociologues féministes matérialistes (Christine Delphy, Danièle Kergoat), dont elle est aujourd'hui synonyme.

Dans le prolongement de la sociologie des rapports sociaux de sexe (Scott, 2012) notre approche conceptuelle développée dans cette étude s'inscrit dans une perspective attentive aux asymétries des relations de genre prenant en considération le façonnement des corps féminins et masculins par la médecine reproductive, qui par conséquent, contribue à la construction des rapports de domination et hiérarchisation. Le rapport social selon elle, désigne le système très global, ensemble complexe des formes que prennent les rapports entre hommes et femmes. Il s'agit donc d'une conceptualisation synthétique, tandis que les rapports sociaux de sexe désignent les formes et modalités que prend le rapport social ici et là dans l'espace social et ses spécifications. La notion de rapports sociaux de sexe vise à résoudre, nous semble-t-il, le même type de problème que celle de genre. « Il s'agit alors d'aller à l'encontre d'une définition naturaliste des identités et de mettre en évidence le caractère social et non biologique des catégorisations de sexe » (Daune-Richard et Devreux, 1985). Le rapport entre les sexes constitués en catégories sociales, est alors pensé comme transversal à l'ensemble d'un système social, c'est-à-dire « comme un des rapports fondamentaux autour duquel s'organise, se reconstruit une société » (A-M., Devreux, 2001). La transversalité des rapports sociaux apparaît de façon visible chez nos enquêtés. Ces rapports passent du cadre de l'espace conjugal et familial et se poursuivent et se reproduisent dans l'espace médical de la PMA à travers le corps médical. Ces rapports sont à la base des relations dynamiques qui distribuent les sexes, en tant que catégories sociales, dans les différentes instances sociales. Ils effectuent sans cesse un travail de production symbolique qui vise à justifier la distribution sexuée des places, des fonctions et des représentations.

Les femmes infertiles sont l'objet d'une stigmatisation sexuée. Quand elles ne parviennent pas à procréer, elles sont considérées comme seules responsables. Le genre est pertinent pour étudier les rôles sociaux dans lesquels sont assignés les femmes et les hommes. Ainsi, la notion de genre nourrit notre analyse pour appréhender les questions de l'usage de l'assistance médicale à la procréation et le corps des femmes. Le genre occupe une place importante dans les nouvelles technologies de reproduction. Le corps féminin influence de fait la logique médicale en faisant de la femme, la patiente principale pour l'infertilité du couple ou l'infertilité masculine (Löwy et Marry, 2007). La reproduction est de caractère social, et est une production où le produit est l'enfant. (N.-C. Mathieu, 2000). Les femmes « produisent » ou «

fabriquent » les enfants. Ensuite, dans bien des cas, les hommes s'approprient ce produit (Meillassoux, 1975/2005). La femme est la productrice, mais non la propriétaire car elle produit au profit d'un collectif. De cette association entre la fécondité et le biologique a été construit le rôle de mère. Sa construction se déploie avec la place accordée à l'enfant. Car il remplit une fonction utilitaire pour ses parents et pour tout le groupe familial et social.

Les rapports sociaux entre couple et professionnels de la PMA prennent un caractère nettement asymétrique. La femme subit doublement l'injonction médicale et sociale. Pour poursuivre notre définition du genre, nous nous appuyons sur l'article fondateur de Joan Scott (2012). L'historienne définit le genre comme « un élément constitutif des relations sociales fondé sur les différences perçues entre les sexes, une façon première de signifier les rapports de pouvoir » (Scott, 2012, p. 41). Le genre est une catégorie d'analyse historique. Pour Scott (2012), le genre se fonde sur un faisceau de quatre constituants dont « aucun d'entre eux n'opère sans les autres » (Scott, 2012, p. 44). Le genre est tout d'abord, constitué « des symboles culturellement disponibles qui évoquent des représentations multiples (Scott, 2012, p. 41). Il est constitué « des concepts normatifs qui mettent en avant des interprétations de la signification des symboles et prennent la forme d'oppositions binaires figées qui affirment catégoriquement et sans équivoque ce que signifient « homme » et « femme », « masculin » et « féminin » (Scott, 2012, p. 41-42). Ensuite, il est producteur de catégories d'appréhension et d'assignation du féminin et du masculin. Il fonde un système dichotomique et le constitue comme évidence. Le troisième constituant du genre réside ainsi dans sa « dimension politique et des références aux institutions et organisations sociales ». Le quatrième constituant du genre : le genre est incorporé par chaque individu qui, dans une certaine mesure, travaille ce système.

Le genre est donc un système asymétrique. Il fonctionne à partir de stéréotypes s'inscrivant dans la société. La dichotomie nature/culture sous-tend le genre. À cette dichotomie première nature/culture, le genre redouble la binarité féminin/masculin : le féminin est ainsi associé à la nature, au corps, à la reproduction, au domaine émotionnel, à l'espace privé. Le masculin est associé à la culture, à l'esprit, à la production, au domaine rationnel, à l'espace public. Cette dichotomie renvoie à deux univers socialement hiérarchisés et la binarité apparaît comme judicieusement complémentaire. Par conséquent, l'appréhension des choses qui organise « ce biologique si procréatif et féminin et ce social si organisateur et masculin » (Tabet *in* Mathieu, 1985, p. 65), le genre construit un système qui clôt « les femmes sur elles-mêmes et sur la nature » (Mathieu, *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 119). Plus qu'identifiée au corps, la femme apparaît « enfermée dans son sexe » (Knibiehler et Fouquet, 1983, p. 113). Associant le corps

féminin à la nature et à la reproduction, le genre consiste, en effet, en « un mécanisme culturel construisant obligatoirement le corps féminin en tant que corps maternel » (Butler, 2006, p. 194). La femme est définie par la fécondité. Dans ce système, « un glissement semble se produire (...) entre la capacité et le fait de procréer, au lieu d'être l'aboutissement d'un processus qui nécessite banalement les deux sexes, devient l'essence, la nature même des femmes » (Tabet, *in* Mathieu, 1985, p. 65). La définition du féminin à partir de la fécondité et de la maternité comme perte essentielle existent aussi dans le discours psychanalytique actuel.

Même dans la psychanalyse, Gueydan (1991) associe ainsi féminité et fécondité, vacuité et stérilité. La femme affronte dans cette disparition de corps reproducteur, son semblant d'existence. « Elle doit reconstruire son identité, le signifiant « femme » s'avérant définitivement manquant puisqu'il ne peut plus se soutenir de celui de mère. Que va devenir la réalité psychique, construite autour de la vacuité féminine, maintenant qu'il faut renoncer à cet aven fertile ? » (Gueydan, 1991, p. 92).

Ainsi, les éléments qui caractérisent la catégorie « féminin », loin d'être neutres, ancrent les femmes dans un système hiérarchisé sous-tendu par des normes et des valeurs spécifiques à notre culture. Le féminin est « défini en termes de passivité » (Butler, 2006, p. 219) et dans ce système dissymétrique, « le corps et la nature sont réduits à cet état de fait silencieux qu'est le féminin, et à attendre leur signification de la partie adverse, le sujet masculin » (Butler, 2006, p. 117). Le genre est tout à la fois normatif et prescriptif.

Les rapports sociaux entre hommes et femmes ont été également appréhendés sous l'angle de la soumission des femmes aux hommes. Cette pensée était évidente du fait que cette domination est un fait de nature puisque les femmes sont des êtres faibles et fragiles alors que les hommes sont plus forts et plus rationnels, et qui doivent protéger les femmes. Cette vision conçoit donc : l'homme/supérieur et femme/inferieur. Du fait que ces rapports sont de l'ordre de la nature, la supériorité des hommes par rapport aux femmes serait donc « justifiée », et ne serait pas à expliquer. Cette idée de nature féminine, est profondément ancrée dans l'imaginaire collectif et masculin et également dans le monde médical pour justifier l'état de subordination des femmes. Cette relation hiérarchisée est conçue du fait biologique et naturel liées au rôle des femmes dans la procréation. Le caractère historique et social des rapports de reproduction maintient par conséquent le rapport de la domination masculine.

En effet, lorsque nous parcourons la littérature sur les rapports sociaux de sexe, nous constatons qu'il y a longtemps, l'anthropologie a étudié le statut des femmes mais elle a beaucoup privilégié l'étude des hommes. N. Mathieu disait : « L'inégalité entre hommes et

femmes avait laissé tomber les femmes à la périphérie des explications des systèmes sociaux, estimant que l'étude des relations entre hommes présentait suffisamment le cœur des sociétés. Il n'y avait pas, à la limite, une constitution des femmes en acteurs sociaux, et ceci a été critiqué notamment par les ethnologues féministes (Mathieu, 1985, p. 234). Les femmes n'avaient pas plus d'intérêts par les ethnologues car leurs activités étaient essentiellement la procréation, les activités domestiques et les soins aux enfants perçues comme activités dévalorisées (Fassin, 1996, p. 71-72). La réflexion théorique sur les rapports sociaux menée par Bourdieu est encore aujourd'hui valide dans les sciences sociales. Sa théorie est toujours d'actualité et reflète encore le monde d'aujourd'hui, particulièrement l'emprise médicale et sociale sur le corps féminin. Cependant, sa sociologie est cantonnée au niveau macro-social. Or le niveau microsocial aide à pénétrer dans l'univers de ces femmes et comprendre le sens de leurs logiques en référence à partir de leurs vécus et à leur perception de l'infertilité et de la PMA. L'expérience vécue par les femmes s'est avérée nécessaire pour comprendre de l'intérieur les rapports entre les femmes et les professionnels de la PMA. Elle nous fournit les outils théoriques pour mieux comprendre les logiques relationnelles en milieu médical et mettre au jour notre question de recherche.

1.1. Une Anthropologie de la Procréation

Au-delà de la perspective économique de Claude Lévi-Strauss (1949) et (Evans-Pritchard, 1960/1973) sur l'organisation de la reproduction analysée sous l'angle d'échange des femmes pour maintenir la société, la hiérarchie entre les sexes dévoile un rapport de domination de l'homme sur la femme. L'approche culturaliste dominée par les études de M. Margaret Mead (2001[1947]), s'oppose à ce raisonnement biologique et met l'accent sur la dimension culturelle du sexe. Selon elle, dès leurs premiers apprentissages, les enfants adaptent leurs attitudes en fonction de la conscience qu'ils ont de ce sexe masculin ou féminin. L'auteure disait : « les rapports entre les hommes et les femmes d'une part, parents et enfants de l'autre, constituent le nœud des relations humaines. Le sceau qui les marque est transmis dès le sein maternel à l'enfant » (Mead, 1948, 1966, p. 22).

L'approfondissement de cette pensée revient à l'anthropologue F. Héritier (1996, 2002, 2003) qui montre que tout part du corps, et particulièrement du corps reproducteur mâle ou femelle où vient s'ancrer l'opposition entre les sexes. Selon elle, la pensée symbolique s'est fondée sur la différence des sexes. Françoise Héritier (1996) montre que « c'est le corps et des différences liées à la reproduction (par exemple les humeurs corporelles, le sperme, le sang menstruel, le lait maternel), qui sont la matière première du symbolique » et de la pensée logique, laquelle est aussi une pensée binaire ». Ces classements opposés ordonnent les corps

ainsi que toutes les choses du monde, produisent un système général d'oppositions, haut/bas, chaud/froid, sec/humide, soleil/lune, droite/gauche, droit/courbe, aîné/cadet, majeur/mineur. Dans cette logique strictement binaire et différentialiste, le féminin est toujours assigné du côté inférieur, même s'il existe un certain arbitraire des autres termes. Les organes sexuels masculins et féminins, pour lesquels toutes les langues usent de métaphores expressives, sont toujours perçus selon cette logique « hiérarchisantes ». C'est la valence différentielle des sexes, comme l'écrit Françoise Héritier qui est universelle dans les systèmes de représentation mis en place par les sociétés humaines. Mais cette valence différentielle est moins l'indice d'un handicap féminin. Il semble être une volonté de contrôle masculin et d'appropriation de la fécondité de la femme.

Le genre est une construction qui structure l'organisation sociale. Le genre « féminin et masculin n'entretient plus qu'un lointain rapport avec la définition prosaïque du sexe biologique. Le sexe n'est plus une variable biologique, il est une propriété symbolique. Ce n'est plus un principe de différenciation physiologique. C'est un principe d'organisation sociale. Un des objets des études en termes de genre est de fournir des éléments d'analyse de la manière dont cette définition fonctionnelle et idéologique des sexes, qui imprègne toutes les dimensions (Héritier, 1996). Dans ses études sur les femmes Nuer en Afrique, Françoise Héritier nous montre que chez les *Samo*, le statut de femme est refusé aux femmes stériles. Ainsi une femme qui n'a pas enfanté, n'est pas reconnue socialement comme l'égale d'une autre femme ayant des enfants.

Rappelons également les études de Maurice Godelier sur la production des grands hommes (1982) et de Pierre Bourdieu sur la domination masculine (1998), ils montrent que dans cet « ordre », les hommes occupent la première place. Dans la plupart des cultures, « même celles qui n'ont pas produit de mythes de justification sur la place des hommes et des femmes, ont traduit la différence des sexes en un langage binaire et hiérarchisé, dans lequel un seul terme est valorisé ». M. Godelier appuie l'idée que le fait que les femmes soient celles qui mettent au monde les enfants, est à l'origine des conflits qui opposent les deux sexes. Pour Maurice Godelier (1978) comme pour Françoise Héritier (1996), c'est le contrôle de la fécondité féminine « par ceux qui ne disposent pas de ce pouvoir si particulier » (p. 25).

Maurice Godelier (2004), en partant de l'étude des sociétés de *Baruya* (1982/1996), il montre bien la hiérarchie entre les sexes à partir de l'exploitation des femmes du fait de leurs fonctions de reproductrice. La grossesse et la procréation sont les finalités les plus appropriées de l'acte sexuel. C'est l'idéologie qui sous-tend que le corps fécond va assumer la transmission des valeurs et des normes de façon à représenter le monde. Maurice Godelier explique que les

hommes appuient leur supériorité sur les femmes car ils sont détenteurs d'un double pouvoir : celui des hommes (le sperme, la puissance, la force) et celui des femmes qu'ils leur ont pris. Il disait : « Bien entendu, le fait que les hommes, quelle que soient les représentations de leur rôle dans la fabrication des enfants, ne les font pas dans leur ventre et ne les mettent pas au monde a pour conséquence que ceux-ci sont un enjeu des rapports de pouvoir et de force entre les sexes. Ils sont l'un des motifs, sinon le plus important, de la volonté des hommes de contrôler le corps et la sexualité des femmes et, à travers leur corps, de contrôler (et même s'approprier) les enfants qu'elles mettent au monde » (Godelier, 2004, p. 490).

En effet, la maternité comme fait unique de la femme, va entraîner de la part des hommes, l'élaboration de stratégies visant à s'approprier et à conserver cette ressource, nécessaire pour assurer la survie de l'espèce humaine. Héritier a consacré l'essentiel de ses recherches aux fondements des relations hommes-femmes qui sont surtout basées sur le lien entre le mariage et la continuité de la société. Dans l'ouvrage de Marc Augé et Claudine Herzlich: «*Le sens du mal*» (1984), et dans son chapitre qu'elle a écrit, nous remarquons que le discours sur l'infertilité est représentatif à partir des pratiques sociales et des règles de conduite qui s'y rapportent. «La stérilité est donc perçue avant tout comme la sanction sociale, inscrite dans le corps, d'actes qui transgressent la loi, qui s'écartent de la norme et franchissent des limites toujours étroitement circonscrites» (Héritier, 1984, p : 153). Héritier souligne que la stérilité est vue comme un stigmat signifiant qu'« une femme stérile est souvent méprisée, car elle est un être inachevé, incomplet, totalement déficient» (1984, p. 129/130). C'est pour cette raison que le statut de mère accordé à la maternité est très recherché par les femmes.

1.2. Le genre et l'organisation de la reproduction.

Le genre est un principe qui dichotomise les deux sexes, créant la distinction entre le masculin et le féminin, et introduit une hiérarchie entre les sexes (Delphy, 1991, 2008) Cette hiérarchie est la conséquence du privilège des femmes de l'enfantement (De Vilaine, 1986 ; Héritier, 2003). Le genre n'a aucune existence sans les rôles différents des hommes et des femmes dans la reproduction (Rubin, 1998). Sans la reproduction humaine, il n'est pas utile de distinguer les hommes et les femmes sur la base de leurs organes génitaux.

Touraille (2009) soutient que le genre a commencé par l'obligation pour les individus, de se définir par leurs parties sexuelles et leur fonction dans la reproduction. « Cette obligation linguistique est la manœuvre princeps du genre. Elle conditionne dans nos cultures toutes les pratiques sociales analysées par les études féministes et les études genre: socialisation

différenciée, discrimination, hiérarchisation, coercition et oppression » (Touraille (2009, p. 59). Selon lui, le fait que la catégorisation hommes/femmes soit obligatoire suppose que la procréation est elle-même obligatoire. Et cette obligation pèse plus lourd sur les femmes que sur les hommes, du fait que, contrairement à la catégorie hommes, la catégorie femmes est strictement limitée au sexe, comme l'a amplement établi la théorie féministe (Guillaumin, 1992; Wittig, 2003). Se désigner comme femme, c'est, au sens biologique, se désigner comme matrice, comme «incubateur vivant».

À la question « Pourquoi avez-vous fait un enfant?», la réponse de la majorité de nos interlocutrices est : « *Pour me sentir femme*. Peu de femmes qui ont réussi d'avoir un enfant après avoir tenté plusieurs inséminations et fécondations in vitro vouées à l'échec, disaient : *je ne me suis sentie complètement femme que lorsque je suis devenue mère*».

Le désir d'enfant chez la femme est une dimension vitale, un accomplissement personnel qu'elle considère comme indispensable. Dans cette vision, Wittig (2001) disait que le terme femme est en lui-même une injonction à la maternité (Wittig, 2001, p. 103). L'identité féminine est inséparable de la procréation. Or, seule la dés-identification des individus à leurs appareils reproducteurs pourrait, en réalité, garantir que le choix d'avoir un enfant relève vraiment d'un choix. Dans *La crise des identités*, Claude Dubar (2000) écrit en conclusion de son chapitre consacré aux « dynamiques de la famille et crise des identités sexuées » : « Non seulement on ne sait plus très bien ce que veut dire être père, mère, mari, épouse, beau-père, belle-mère... [...], non seulement on ne sait plus très bien quelle est la norme (se marier ou non, dissocier ou non sentiment amoureux et rôles de parents, être ou non père ou mère avec ses beaux-enfants...), mais on n'est plus très sûr de savoir au fond ce qu'est le masculin et le féminin, ce que sont devenus et vont devenir les rapports sociaux de sexe restés quasiment immuables pendant si longtemps » (Dubar, 2000, p. 93).

L'ordre traditionnel de la procréation fait partie des principes fondamentaux de l'organisation sociale. La demande de conformité sociale est particulièrement pesante pour les femmes et les hommes. L'obligation de procréer, constitue principalement le fardeau des femmes. « Si la reproduction et la sexualité contribuent autant à la construction traditionnelle des rapports de genre, c'est qu'elles sont une des expériences et des représentations les plus universelles de « l'objectivation » symbolique des femmes. Le corps des femmes est perçu et traité comme un objet et un réceptacle, dont les hommes prennent possession. Et c'est l'objectivation sexuelle des femmes qui permet la prise de possession par les hommes de la descendance qu'elles portent ».

La maternité reste un thème qui revêt une place particulière dans l'histoire des féminismes essentialistes (de la première vague) qui ont tenté, dans de nombreux pays, de se servir de la maternité comme atout pour pénétrer dans la sphère du public, en revendiquant des droits pour les mères et pour les femmes en général. Françoise Héritier montre que la valorisation du masculin au détriment du féminin est un invariant social, et à l'origine de la hiérarchie entre les sexes. C'est la perception des hommes qui voit que les femmes sont une ressource qui leur appartient afin d'assurer la reproduction. « Et puisque les hommes sont privés de cette possibilité de reproduire qu'ils considèrent alors la femme comme une source rare » (Héritier, p. 84).

En outre, la perception d'une différence entre les hommes et les femmes est basée sur le fait maternel plus que le sexe lui-même, a fondé historiquement la dichotomie entre la sphère publique et la sphère privée. C'est en ce sens qu'il est possible de considérer que la maternité, au-delà de ses caractéristiques biologiques, est essentiellement une construction sociale (Kniebihler, 2001). Cette perception a donné une signification aux caractéristiques physiques « naturelles » des corps différentes entre les hommes et les femmes, et créant ainsi l'opposition entre les identités masculines et féminines. Alors que cette opposition anatomique entre les hommes et les femmes aurait pu s'exprimer sur le mode de la complémentarité entre les sexes, « complémentarité reconnue dès les premiers temps de l'humanité dans le processus de procréation et de reproduction de l'espèce humaine » (Héritier, p. 83). Ainsi, les rapports entre hommes et femmes sont profondément marqués par la hiérarchisation de sexe et la domination masculine des premiers sur les secondes (Bourdieu, 1998) et qu'un siècle de féminisme déjà organisé, il n'est pas parvenu à modifier de manière totale cet état de fait aujourd'hui. Cette domination s'exprime encore de manière privilégiée dans tous les espaces sociaux y compris celui du médical.

Le discours des couples sur leur expérience à vivre et les protocoles de la PMA, les a conduit de façon libre et spontanée, à restituer et raconter leur vécu de l'infertilité profondément marqué par le désir d'enfant comme une raison pour la quelle ils sont amenés à recourir à l'AMP. L'infertilité est un marqueur négatif dans leur vie, en particulier les femmes, étant donné leur rôle de procréation. A cet effet, il est important de revenir à la littérature anthropologique qui a abordé les rapports entre sexes en naturalisant la fonction reproductive des femmes. La supériorité des hommes par rapport aux femmes sont de l'ordre de la nature et serait donc justifiée, et ne serait pas à expliquer (Héritier, 1996). Les femmes ont été perçues

biologiquement naturelles contrairement à l'homme, comme si cette fonction était une donnée d'évidence première, constante dans l'espace et dans le temps. La division sexuelle du travail, des tâches attribuées aux hommes ou aux femmes, perçues comme naturelle sont liées à leurs places respectives dans la reproduction. L'analyse de Paola Tabet (1985) montre que la reproduction humaine et la fécondité féminine sont souvent invoquées en ethnologie lorsqu'il s'agit d'expliquer voire de justifier, l'état des femmes et les inégalités entre sexes. La position subordonnée des femmes serait due à des « contraintes biologiques, naturelles », pesant sur elles leur rôle dans la procréation. En effet, les études en sciences humaines et sociales ont apporté un éclairage sur les rapports sociaux de sexe ou de genre. La reproduction et de fécondité féminine n'est qu'un moyen pour justifier l'état de subordination aux hommes. Ses études ont servi d'outil pour analyser les rapports de pouvoir entre les sexes.

Du fait de la primauté masculine, les hommes fixent les normes de la société et relèguent le féminin à la nature et au biologique et conduisent nécessairement à traiter les questions de la domination masculine et de l'inégalité des sexes. Le genre devient alors le principe même de division par sexes. Il construit les sexes, les divisant en deux sexes antagonistes : les hommes et les femmes, et il les divise de manière hiérarchique. Les sociologues féministes (Rouch, 1991, Delphy, 2008) abordent les concepts de « patriarcat » et de « hiérarchie entre les sexes », notamment autour des rôles sexuels des deux sexes dans la reproduction. Pour assurer l'équilibre de la société, les femmes sont sujettes à une domination qui les aliène et les conduits souvent à adhérer aux mêmes valeurs et à partager les mêmes représentations que les hommes. A contrario, les procédures de différenciation des sexes varient d'une culture à l'autre. Cela implique que les distinctions entre masculin et féminin proviennent autant de la socialisation que du biologique.

« On ne naît pas femme : on le devient » s'inscrit dans une approche constructiviste de Simone de Beauvoir 107(1976) [1949]), p. 13) rejetant ainsi la thèse d'une essence de la féminité (ou d'une détermination universelle de la féminité) au profit de celle de sa construction sociale. S. De Beauvoir met à l'écart l'idée du corps comme cause de la domination puisqu'elle permet d'affirmer qu'être femme ne qualifie pas un fait déterminé par la réalité organique constatée à la naissance ou, comme le remarque Françoise Collin (2007), dès la vie embryonnaire, mais se rapporte à un processus de construction particulier au sein des organisations sociales dominées par les hommes et pourrait donc disparaître avec celles-ci (p. 44). Simone de Beauvoir note : « ce que nous refusons, c'est l'idée qu'elles [les données biologiques] constituent pour elle [la femme] un destin figé » (p. 51). Et ailleurs, elle écrit : « La femme n'est définie ni par ses hormones, ni

par de mystérieux instincts mais par la manière dont elle ressaisit, à travers les consciences étrangères, son corps et son rapport au monde » (Collin, 2007, p. 495).

1.3. Un nouveau mode de procréation dans la médecine reproductive.

La question de l'enfant, de sa place dans la vie sociale et familiale, est devenue incontournable chez les femmes et les hommes qui n'arrivent pas concevoir. A l'entrée dans les centres de la procréation médicalement assistée (PMA), les femmes se disent toutes animées par l'espoir de devenir mère grâce à l'intervention de la médecine procréative. De ce fait, la procréation pouvait-elle procéder d'une technique médicale ? Pulman (2010) écrit qu'il y a mille et une façon de faire des enfants grâce à la révolution des méthodes de procréation. Celle-ci se traduit par une médicalisation et une technicisation croissantes de la reproduction. Il s'agit d'un processus déjà ancien mais qui s'est accéléré et intensifié depuis le temps de la diffusion de nombreuses innovations biomédicales permettant un suivi continu de grossesses (Déchaux, 2017).

Nous pouvons constater que les nouvelles techniques de reproduction, notamment la fécondation *in vitro* laisse une impression d'évidence après la première réussite mondiale. La fécondation *in vitro* est considérée comme une « bonne solution » en cas de difficulté à concevoir. Si la contraception nous mène à penser que la sexualité n'entraîne pas nécessairement la reproduction, avec l'assistance médicale à la procréation (AMP), la naissance d'un enfant peut s'obtenir sans acte sexuel. La reproduction ne découle pas obligatoirement de la sexualité. La naturalisation de la reproduction, fondée sur l'image du rapport sexuel, ne s'impose plus à nous comme une évidence. Les repères anthropologiques de la procréation en sont bouleversés. Cette procréation sans sexualité au moment de la fécondation caractérise les développements de techniques plus sophistiquées qui impliquent des actes de laboratoire : fécondation, congélation et stockage des embryons humains et des gamètes. Toutefois, bien que radicalement étrangères à l'enfantement « naturel » lié à l'acte sexuel, ces techniques ont été acceptées par la société sans provoquer beaucoup de défiance, si ce n'est à propos des problèmes de gestion qu'elles posaient. « Rares ont été les enquêtes ou études cliniques demandées à propos des enfants conçus par fécondation *in vitro*. On s'est employé au contraire à affirmer une équivalence entre toutes les naissances quel que soit le mode de procréation » (L. Gavarini, 2002, p. 03). En effet, les bébés-éprouvettes sont donc obtenus par d'autres moyens que la relation sexuelle entre l'homme et la

femme. Ils sont médicalement appelés « bébés éprouvettes » car ils sont conçus par insémination artificielle.

Pour L. Tain (2003), les techniques de la PMA amènent à une procréation sans sexualité. En dissociant sexualité et reproduction, ce mode de procréation correspond à un mode de procréation indépendant de l'hétérosexualité. Elle explique : « Le déroulement des protocoles hospitaliers des techniques de reproduction tend à remettre en cause l'hétérosexualité conjugale comme fondement de l'acte reproductif au profit de l'intervention d'un tiers médical » (L. Tain (2003, p. 183). Dans cette forme de procréation, il faut l'apport de personnes de sexe opposé, mais plus d'acte sexuel (Novaes, 1986). Avec les nouvelles technologies de reproduction, la procréation se passera de la sexualité : « Il n'y a plus que des gamètes mis en contact par le truchement d'une technique hors corps, puis un ventre par lequel va transiter le futur enfant » (Gavarini, 2001, p. 241). L'acte sexuel qui a toujours été indispensable à la procréation, disparaît au profit d'un acte médical.

La procréation médicalisée intervient lorsque la « nature » ne parvient pas à produire. Une « nature » bien évidemment reconstruite depuis l'univers de la techno-science biomédicale. La fertilité du couple est spontanément une affaire de temps et pourrait être assez faible. De ce fait, le couple est perçu comme des corps non performants. Or sous la pression médicale en PMA, cette non-performance du couple est très rapidement considérée comme une stérilité. Et si la médecine intervient pour répondre à une infertilité d'ordre pathologique, elle est donc fondée sur une représentation qui « reproduit aussi étroitement que possible les « conceptions naturelles » (Löwy, 2009, p. 109). Les couples admissibles aux centres de PMA sont définis « par leur capacité théorique en même temps que leur incapacité pratique à procréer » (Fassin, 2002, p. 89). Or, il existe également des cas d'infertilité médicalement inexplicables, c'est-à-dire qu'aucun diagnostic précis n'a été établi, et ce, malgré tous les examens.

Ce nouveau mode de procréation est perçu comme un palliatif à la stérilité (F. Héritier, 1985). Bien que ces dernières années le développement des connaissances scientifiques s'est produit en matière de reproduction et de génétique humaine, où il est nécessaire de tenir compte de cet acquis, mais comme disait F. Héritier-Augé (1985) : « il faut savoir qu'il n'existe pas de système de pensée, si naïf qu'il nous paraisse, ni de système social, si fruste soit-il, qui n'aient été fondés eux aussi sur une analyse critique de ce que la nature offrait aux regards, donc du donné biologique tel qu'il pouvait être observé et interprété avec leurs propres moyens d'intelligibilité par ceux qui mettaient en pratique ces systèmes » (p. 06). Par ailleurs, les règles sociales dépendent de la reconnaissance de la place de l'enfant dans la famille et dans la société. Elles

sont toutes ancrées dans ce que le corps humain, donc la nature humaine, a de plus irréductible : la différence des sexes. En effet, les analyses de J-H. Dechaux (2014) montrent que si l'infertilité pathologique n'est plus perçue comme « la seule porte d'entrée nécessaire et suffisante pour la PMA » (p. 145), les demandes de procréation médicalement assistée nécessitent d'être strictement encadrées et régulées. Alors que S. Mathieu indique que la PMA est en train de sortir du cadre thérapeutique (une thérapie de l'infertilité médicalement avérée) pour devenir un mode alternatif de procréation (J-H. Dechaux, 2014, p. 549).

En outre, dans ce genre de procréation, le corps masculin et le corps féminin sont pris différemment, en donnant un caractère asymétrique du point de vue du genre de la médicalisation des corps et des sexualités. Souvent les femmes fertiles se traitent pour une infertilité masculine et elles sont prises comme infertiles. La face cachée de ces nouvelles techniques reproductives c'est d'avoir replacé les femmes dans une condition de génitrices, dans une dépendance à l'égard de leur fonction de reproduction. Vu le rôle joué par les technologies biomédicales, les questions de santé dans des aspects toujours plus variés constituent les « affaires humaines » (Fassin et Memmi, 2004).

Des chercheuses ont aussi analysé les changements induits par l'assistance médicale à la procréation à travers la dissociation entre sexualité et procréation (Rouch, 1995). Ces techniques introduisent une crise dans les rapports entre les sexes, en remettant en question la structure de la famille car il n'est plus nécessaire d'être un couple hétérosexuel pour être parent et la sexualité n'est plus nécessaire à la procréation (Rouch, 1995; Tain, 2003). Les sociologues L. Gavarini (1986) et Laborie (1990) montrent que les traitements médicaux peuvent avoir des impacts néfastes sur les femmes mais aussi sur la fécondité. Des accidents d'hyperstimulation peuvent entraîner des risques vitaux immédiats. Elles critiquent et refusent toutes les opérations faites sur le corps des femmes dans les parcours d'assistance médicale à la procréation : injections hormonales massives, prélèvements répétés pour dosages hormonaux, échographies, stimulation ovarienne hormonale, ponction, insémination artificielle, transplantation d'embryon, etc. La fécondation *in vitro* est une technique qui accroît les risques de grossesses extra-utérines, d'avortements spontanés et de grossesses multiples, lesquelles présentent des risques importants de prématurité et de handicaps potentiels pour les enfants (Athéa, 1990). Cela indique clairement que l'ordre médical contribue à établir un continuum entre féminité et maternité ou encore entre sexualité féminine et reproduction. De ce fait, les femmes sont perçues socialement comme liées à la nature et les hommes liés à la culture. Ce qui justifierait la domination des deuxièmes sur les premières. Le corps devient le pivot de réflexion sur la distinction entre sexe et genre

En effet, dans « Le deuxième sexe » de Simone de Beauvoir, ouvrage paru en 1949, bien avant l'apparition du mouvement mais qui en pose de nombreux repères à la fois thématiques et réflexifs, l'auteure s'attache à opérer la distinction entre « femme » et « mère ». L'expression de « on ne naît pas femme, on le devient » a apporté de nouvelles assises d'une nouvelle définition du genre en étayant la distinction entre un sexe biologique et sexe social. « Son insistance sur la perception et l'expérience qu'avaient les femmes de leur corps sexué et de leur sexualité, dans un entre-deux biologique et social, a fait du corps l'enjeu de la réflexion sur la distinction entre sexe et genre. Ce qui ne reste pas sans effet sur l'appréhension des rapports sociaux de sexe.» (Löwy et Rouch, 2003). Le célèbre slogan : « Un enfant, si je veux et quand je veux », récuse la maternité « passive », vécue comme un devoir, soumise aux intérêts du « patriarcat ». En revanche, être mère représente un épanouissement personnel, chose que notre présente enquête en Algérie montre le contraire. La maternité n'est pas encore devenue une affaire privée. La maîtrise de la fécondité invite à se décider socialement. Toutefois, il est important de souligner que l'analyse en termes de « rôles de sexe » qu'elle reprend à Parsons, lui ouvre la voie à penser que les places et les activités des individus ne sont pas considérés comme découlant de leur nature ou de leurs capacités propres mais de l'organisation sociale ».

En outre, les féministes sont divisées en deux tendances. D'une part, les « essentialistes », ou « différentialistes » refusent toute identification de la femme à l'homme, et inventent le féminin/maternel comme essence. D'autre part, les « universalistes » comme Christine Delphy et Élisabeth Badinter ont remis en cause la différence des sexes. La différence n'est pas naturelle mais socialement construite. En revanche, il nous semble que la question de la reproduction se situe entre deux interprétations contradictoires, l'une politique et l'autre naturelle dont certaines comme S. De Beauvoir se retrouve aux prises avec le dilemme du corps.

Pour sa part, N. Mathieu (1971) a montré que le traitement différentiel posé aux catégories de sexe féminin comme particulier, et masculin comme général, conduit à un obstacle méthodologique de dépasser une conception essentialiste du sexe (Devreux, 1985). Ces deux catégories de sexe sont indissociables d'un système structural. Il est nécessaire donc de déconstruire la pensée du biologique qui conditionne la femme à des rôles car il existe dans toute société un « système des sexes » (Anne-Marie Daune-Richard et Anne-Marie Devreux, 1992, p : 09). Le discours sur la nature est « un discours sur un rapport de pouvoir de fait. Il s'agit d'un constat mais pas n'importe lequel, d'un constat « prescriptif » qui stipule l'obligation de conserver la place attribuée puisque femmes et hommes sont ainsi faits » (Anne-Marie Daune-Richard et Anne-Marie Devreux, 1992, p. 11). La différence biologique de sexe constitue un système

asymétrique qui sous-entend une dichotomie entre nature/culture. Le féminin est associé à la nature, au corps, à la reproduction, à l'émotion, à l'espace privé. Par contre, le masculin est associé à la culture, à la production, à la raison, à l'espace public. Ceci renvoie à deux mondes socialement hiérarchisés. Autrement dit, cette dichotomie renvoie le féminin au biologique, procréatif et le masculin au social » (Tabet *in* Mathieu, 1985, p. 65). C'est donc un système qui renferme « les femmes sur le corps et sur la nature » (Mathieu, *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 119).

Mathieu (1985) explique que les capacités reproductives des femmes sont généralement pensées comme des *données* de la nature, une propriété naturelle des femmes, sur laquelle on reconnaît éventuellement que peut s'exercer un contrôle social » (Mathieu, 1985, p. 12). Nous pouvons comprendre que le genre, en tant que système hiérarchique définissant le masculin et le féminin et organisant leurs rapports sociaux est au coeur des enjeux soulevés par l'infertilité et la procréation. Celle-ci est loin d'être une donnée naturelle. On considère à tort « la fonction reproductive des femmes comme si elle était une donnée d'évidence première, constante dans l'espace et constante dans le temps » (Tabet, *in* Mathieu, 1985, p. 62). La femme « est, avant tout apparaît « enfermée dans son sexe » (Knibiehler et Fouquet, 1983, p. 113).

A partir de là, il semble que si le corps féminin est associé à la nature et donc à la reproduction, le genre consistera, en effet, en « un mécanisme culturel construisant le corps féminin en tant que corps maternel » (Butler, 2006, p. 194). Le statut de « la femme » est ainsi défini par la fécondité. C'est pour cette raison que l'infertilité et la procréation médicalement assistée devraient être analysés comme des dimensions intégrées dans le système de genre.

La fonction maternelle n'est pas remise en question dans ces nouvelles technologies de reproduction au profit de la médecine de la reproduction. En effet, certaines chercheuses (Rouch, Laborie) s'interrogent sur le but des nouvelles technologies de reproduction. Elles ont analysé les changements induits par l'assistance médicale à la procréation à travers la dissociation entre sexualité et procréation (Rouch, 1995). Elles pensent que les femmes servent d'alibi à des médecins « en mal de maternité » (Laborie, 1986; Vandelac, 1988). Dans cette optique, les médecins veulent maîtriser la reproduction en passant par le corps des femmes (Knibiehler, 1986). D'autres chercheuses indiquent que les nouvelles technologies de reproduction se situent dans le débat actuel comme l'enjeu d'une lutte entre les hommes et les femmes où les médecins sont en train de s'approprier la « puissance spécifiquement féminine » de la maternité (Novaes, 1986). Elles remarquent d'ailleurs dans le discours scientifique des gynécologues et des biologistes un déni de la place de la femme dans la reproduction permise par les nouvelles technologies de reproduction (Botbol-Baum, 2003 ; Kail, 1991).

Au fil de cette thèse, c'est la procréation médicalement assistée à laquelle les hommes et les femmes y recourent pour concevoir un enfant en rapport avec le genre qui est interrogée. Pour étudier l'expérience des couples infertiles, nous nous demanderons comment cette pratique modélise le corps féminin et contribue à la reproduction de la norme du genre? Pour y répondre, nous avons conduit une enquête de terrain qu'il convient à présent de l'aborder en détail.

2. Le cadre méthodologique : Une Sociologie de terrain

Un rapport de recherche, c'est un peu un plat prêt pour la consommation. On en connaît la phase finale sans savoir très bien ce qui s'est passé dans la cuisine. On reconnaît le bon cuisinier au fait qu'il s'inspire de la recette mais l'adapte en fonction de la conjoncture où il se trouve. C'est un peu la même chose dans le domaine de la recherche. La méthodologie d'une étude concrète dépend en effet d'aléas trop nombreux pour qu'elle ne soit pas régulièrement modifiée au cours de l'étude. Celle-ci doit en effet prendre en compte l'objet grossièrement délimité au début de l'étude et qui sera affiné au fur et à mesure du travail, les hypothèses qui peuvent être modifiées en cours de route, la composition de l'équipe de recherche et les moyens disponibles, le terrain choisi pour ancrer l'étude concrète.

Cornu R., 1984, « Porte ouverte sur la cuisine de la recherche », *Terrain*, n° 2, pp. 45-50.

2.1. La démarche inductive

Dans la perspective de la sociologie de la santé, nous nous sommes appuyés sur une anthropologie de la connaissance qui permet de donner voix à l'Autre et de reconnaître la valeur de ses propos. « Si l'anthropologie est certainement un dialogue, une médiation entre Soi et l'autre, elle est aussi assurément une volonté de connaissance et une intention méthodologique » (Kilani, 1994, p. 62). Ainsi, nous pouvons dire que l'anthropologie nous permet de comprendre comment les gens interprètent et agissent sur le monde : « les anthropologues écoutent ce que les gens disent, regardent ce qu'ils font et essaient ensuite de donner un sens à leurs mots et à leurs actions en replaçant ceux-ci dans leur contexte » (Hart, 2004, p. 3).

Nous avons privilégié une démarche inductive. Nos catégories d'analyse ont émergé au fil de la recherche. Celle-ci a consisté en un va-et-vient constant entre le terrain et la lecture théorique « dans un double mouvement d'engendrement des codes, des catégories, de leurs propriétés et de leurs relations dans l'analyse des données, et simultanément, de mise à l'épreuve de leur validité, (...), de raffinement contrôlé des identités et des différences jusqu'à saturation »

(Strauss et Corbin, *in* Cefai, 2003, p. 365). La démarche inductive permet de comprendre la diversité des pratiques, des représentations et des mécanismes d'action qui sont mobilisés dans les expériences des couples infertiles en menant le choix de l'assistance médicale à la procréation. Contrairement aux approches hypothético-déductives (quantitatives) qui circonscrivent une hypothèse de départ et qui recherchent d'abord la causalité statistique, le modèle inductif permet de modifier les paramètres conceptuels en cours de notre investigation et de les préciser à la fin, surtout la tendance de plus en plus évidente chez les couples rencontrant des problèmes d'infertilité à tenter les techniques médicales et multiplier le recours.

Le paradigme de l'interactionnisme symbolique nous a servi de cadre conceptuel, pour réussir à décrire, analyser et comparer les données selon les différentes expériences des acteurs étudiés. Autrement dit, nous nous inscrivons davantage dans une perspective exploratoire liée à la théorisation ancrée proposée par Glaser et Strauss (1967) et Glaser (1978), que dans une logique de vérification. Notre méthodologie se nourrit donc de la « théorie ancrée » (Glaser et Strauss, 2010), visant à « produire un ensemble bien intégré de concepts qui émergent depuis les données recueillies sur des phénomènes sociaux » (Strauss et Corbin, *in* Cefai, 2003, p : 364). La méthode qualitative de ces deux interactionnistes vise l'élaboration d'un modèle explicatif ancré dans les données empiriques. Le caractère exploratoire de la recherche nous permet de comprendre de l'intérieur les différentes logiques médicales et sociales des praticiens et couples infertiles sur l'infertilité et les techniques reproductives, ainsi l'importance accordée aux données de terrain dans la mise en émergence de la théorie et dans l'explication du phénomène (les discours des participants et leurs expériences de l'infertilité et de la PMA).

2.2. Le recueil des données

L'approche qualitative permet d'interpréter, décrire, décoder, traduire et percevoir le sens des faits humains qui ne sont pas mesurables. Cette approche ne rejette pas les chiffres ni les statistiques, mais ne les assigne pas la première place. Nous nous basons sur l'écoute et l'observation des personnes interrogées. Cela permet une interprétation objective de données subjectives. L'objectif de notre étude est non pas d'obtenir un consensus ou de mesurer des données mais bien d'étudier le ressenti, le vécu et les comportements des patientes dans toute leur diversité ; la méthode qualitative nous a paru alors la plus appropriée. La finalité de cette méthodologie est la recherche de sens, d'interprétations de la réalité construites par des individus ou la compréhension de logiques d'action (S. Beaud, F. Weber (2010). Les entretiens individuels

semi-dirigés nous ont semblé plus adaptés du fait du caractère intime du sujet abordé. Ils nous paraissaient plus à même de favoriser la libre expression des patientes tant sur le plan verbal que non-verbal.

L'approche ethnographique nous a permis une immersion dans l'espace étudié, en observant aussi les interactions et les pratiques des personnes. Cette approche méthodologique est pertinente pour accéder aux façons de dire et de faire chez les acteurs pour comprendre, à partir du point de vue des acteurs, la façon dont ils construisent leur réalité sociale. Elle met à jour les discours socialement construits des versions particulières d'une « réalité » vécue (Clifford et Marcus 1986). C'est aussi insister sur la nécessité de réfléchir aux dimensions émotionnelles et la place de la subjectivité et de l'intersubjectivité dans le processus de construction des connaissances anthropologiques. Nous étions conduits à produire un savoir empirique avec les Autres et redonner sens à la parole et à l'expérience sociale des femmes. Hastrup (1995, p. 149) disait : « ce que les informateurs nous disent est produit dans l'espace liminal de la rencontre avec l'ethnologue ». Cette démarche vise surtout à ancrer la recherche dans un cadre explicatif qui soit le plus proche possible de la réalité des enquêtés producteurs d'un savoir profane qui ne s'oppose pas au savoir scientifique.

Notre enquête de terrain a été conduite en deux temps. La première enquête a eu lieu en 2011-2012 dans une institution publique¹⁹ auprès de patients et professionnels (gynécologue, urologue, sages-femmes). Notre présence dans cet espace a duré six mois, en comparaison au temps plus long consacré aux centres privés. Le service de PMA du secteur public n'offre que la technique de l'insémination artificielle aux patients. En effet, un nombre important de couples s'oriente vers les centres privés. Ces derniers pratiquent toutes les techniques y compris la vitrification des embryons (la congélation).

La seconde enquête s'est déroulée dans un centre de fertilité privé : El Mawloud. Nous avons aussi investi les domiciles des patients. Dans ce centre, nous avons passé beaucoup de temps dans les salles d'attente à discuter de façon informelle avec les patients et les personnels médicaux et techniques. Par souci de rigueur, un autre centre privé Mkhzane El Asrar a été concerné par notre enquête. Hormis les discussions et les observations avec le personnel et les patients, et au cours de notre immersion, nous avons décrypté les textes réglementaires.

¹⁹ Service de PMA de l'Établissement Hospitalier Universitaire 1^{er} Novembre. Oran.

Une pré-enquête était obligatoire. Le terrain a été analysé dans un service de PMA à l'hôpital public à Oran. Cette phase exploratoire a eu lieu en 2011 durant trois mois. Il était opportun d'assister aux consultations pour écouter ce que disent les patients et discerner le sens de leurs propos. « Tout ce que dit le malade a un sens ». En effet, au cours d'une consultation, un patient évoque autant sa maladie que son histoire. Notre journal d'enquête nous a permis de noter les premières données du terrain. Ce premier temps a contribué d'une part à murir nos orientations de recherche, d'autre part à construire notre guide d'entretien et notre observation. Notre guide d'entrevue est organisé en quatre grands thèmes : le vécu de l'infertilité, l'expérience vécue sous la PMA et les rapports avec les professionnels de PMA dans une institution médicale, l'enfant et le faire famille et le corps.

Dans un premier temps, nous nous sommes limités à des observations parcellaires et des entretiens informels nécessaires pour construire le guide d'entretien. Nous avons observé les interactions entre les différents acteurs impliqués dans la pratique de PMA, à savoir les professionnels prestataires de santé et les couples. Nous avons ensuite approfondi notre enquête en réalisant des entretiens semi-directifs approfondis et répétés avec une trentaine de patients infertiles. Les entretiens avaient un double objectif : d'une part, décrire le parcours des femmes qui est essentiel pour comprendre leur recours à la PMA et d'autre part, restituer finement leurs différentes expériences sociales au regard des différents actes médicaux et techniques par les professionnels de santé.

2.3. Expériences des femmes : Mobiliser l'entretien biographique

L'approche biographique a été déterminante dans la réalisation des entretiens. Puisque la problématique de recherche s'intéressait aux stratégies déployées et aux expériences vécues dans un espace temporel particulier, le type d'entretien mené s'apparente au récit de vie, celui-ci étant défini comme « une forme particulière d'entretien, l'entretien narratif, au cours duquel un chercheur demande à une personne dénommée « sujet » de lui raconter tout ou partie de son expérience vécue » (Bertaux, 1997, p. 6). En ce sens, l'auteur soutient que le récit de vie se rapporte soit à une vie dans son ensemble, soit à des tranches de vie : « il y a du récit de vie dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue [ou] dès lors qu'un sujet raconte à une autre personne, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue » (Bertaux, 1997, pp. 9-32). Les entretiens se sont focalisés sur une période précise de la vie des femmes (le désir d'enfant, l'usage de leur corps, la sexualité...). Si une

liberté a été donnée à la femme pour construire son récit dans toute sa complexité, il était par contre impératif de mobiliser aussi des questions de relance ou de formuler d'autres préoccupations, nous permettant à la fois d'articuler récits de vie et entretiens semi-directifs.

L'intérêt d'étudier les expériences à partir de l'entretien de type biographique traduit un changement de posture dans la construction de la connaissance sociologique. Une place centrale est dévolue à l'acteur, en lui reconnaissant une autonomie relative. On assiste à une rupture avec les théories structuralistes qui considèrent les individus comme de simples « *unités statistiques* » (Passeron, 1989, p. 6). Dans notre approche, les individus sont des acteurs agissants dans diverses situations. Ils peuvent contourner les structures normatives qui s'imposent à eux, en étant des stratèges inventifs, engagés et surtout actifs (Boltanski, 2009). L'individu devient un « *observatoire du social* » selon Le Breton. Lui donner la parole à travers le récit de vie, « permet d'accéder aux motifs de l'action, aux ressorts de l'engagement, aux singularités de l'expérience vécue, enfin aux dimensions réflexives et créatives de la personne qui donnent aussi sens aux faits sociaux, historiques et actuels » (Le Breton, 2004, p. 20). Au moment de l'entretien, la majorité de nos interlocuteurs connaissent le diagnostic de l'infertilité établi après des examens médicaux. Avant même toute tentative d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro, certains disent avoir subi plusieurs examens (pour les femmes : cœlioscopie, hystérocopie) et (pour certains hommes le spermogramme) à des moments différents de leur parcours. Ce point est important. Il permet de mieux comprendre que ces entretiens recueillis ne sont pas inscrits dans une chronologie de parcours médicaux, mais procèdent d'une reconstruction narrative de l'expérience marquée par la connaissance des étapes vécues antérieurement et résultats obtenus.

2.4. Corpus : Portrait des couples

Il est essentiel que les choix des patients soient socialement diversifiés. L'investigation a concerné les couples de statuts et de conditions sociales et économiques différents (plus de femmes que d'hommes). La majorité était issue de milieux moyennement aisés. Certains couples ont pu être rencontrés par le biais du biologiste (pour le centre El Mawloud) et par la gynécologue pratiquant au centre de Makhzane Asrar. La gynécologue a présenté notre enquête aux couples ou aux femmes susceptibles d'accepter d'y participer et ayant recours aux nouvelles technologies de reproduction. Elle leur demandait ensuite leur accord pour nous communiquer leur numéro de téléphone. Nous contactons alors ces personnes pour prendre un rendez-vous

avec elles dans le lieu de leur convenance. Certaines personnes nous recevaient chez elles, d'autres préféraient le centre.

Les données sont obtenues dans une relation de face à face avec nos interlocuteurs. La discussion collective auprès des femmes a débuté dans les salles d'attente. Ceci permet de comprendre et de décrypter leurs logiques sociales à l'égard des techniques reproductives. A domicile, la sollicitation des couples a été importante. Les femmes s'échangent des informations, évoquent entre elles les contraintes rencontrées au centre de la santé reproductive. Cette dynamique relationnelle entre les couples a joué en notre faveur, nous permettant de recevoir des demandes de femmes pour réaliser des entretiens dans leur domicile.

Sur les 38 hommes, 24 présentent une infertilité masculine, 09 : infertilité inexplicquée (idiopathique) et 05 : une stérilité secondaire. Sur les 43 femmes, 17 présentent une infertilité due à un problème tubaire, 12 : troubles ovulatoires, 5 femmes ont un kyste d'endométriose. 09 : infertilité inexplicquée.

Les hommes furent moins enclins à répondre et à répondre seuls. Ils participent timidement à l'entretien, sinon de manière distanciée. Ils restent à l'arrière plan. Les femmes prennent plus facilement la parole. Leurs époux laissent à celles-ci le soin de décrire les choses, comme si eux, n'avaient rien à en dire. Sur les 45 couples, à qui nous avons proposé l'entretien, sept (7) hommes ont refusé de continuer à l'entretien. Ils résidaient dans d'autres villes (Est, sud) et sont souvent pressés de retourner chez eux. A l'issue des consultations, il était proposé à l'homme ou à la femme de façon aléatoire selon les jours) de participer à l'entretien semi directif. Au final, nous n'avons entretenu qu'avec 38 hommes. Parmi les 45 femmes que nous avons réussi à contacter, 2 femmes uniquement ont refusé l'entretien. L'entretien en face à face avec ces 43 femmes a constitué pour elles une opportunité de témoigner plus ouvertement sur leur propre vécu de cette expérience d'infertilité vécue sous la PMA. Au-delà d'un effet du protocole, cette difficulté de recruter des hommes lors de l'entretien ont déjà été observées dans d'autres enquêtes portant sur des expériences intimes vécues principalement le corps des femmes, comme pour l'interruption volontaire de grossesse (Cresson, 2006). Deux raisons ont été évoquées. La première est liée à la difficulté de parler de la sphère intime du couple. La deuxième raison peut être imputée, nous semble-t-il, à notre statut de femme qui anime l'entretien. Les couples rencontrés résidaient dans presque tous les coins de l'Algérie (Oran, Mascara, Mostaganem, Alger, Boumerdes, Constantine, Bechar, Adrar, Ghardaia, Tlemcen, Sidi Belabes..., plus une femme immigrée en Belgique).

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des femmes âgées de 30 à 47 ans et les hommes âgés entre 37 ans et 54 ans. Notre posture de recherche est focalisée sur la parole des femmes qui tentent une FIV. Celle-ci est essentielle pour objectiver leur expérience sociale et leurs rapports noués avec leur médecin. Nous n'avons pas exclus les personnes de sexe masculin. Mais le nombre d'entretien réalisé avec les femmes s'appuie aussi sur le fait qu'il n'y a pas de meilleures personnes pour parler du vécu de l'infertilité que les femmes qui ont subi les procédures médicales de la PMA. Ce sont elles qui expérimentent les risques, même si c'est l'homme qui a un problème de fertilité. Ce sont les femmes qui vont être douloureusement confrontées dans la durée aux techniques de l'assistance médicale, et non les hommes qui privilégient l'évitement de l'enquêteur, en déployant souvent une logique du secret. C'est à travers leur corps que le succès ou l'échec de la PMA se manifeste.

Les hommes semblent peu concernés. Certains couples ayant réussi une première FIV, s'impliquent dans l'entretien, prenant une grande place et parlant beaucoup de l'expérience d'avoir un enfant, de la grossesse, de l'accouchement, leur relation avec les professionnels, mais ils évitent de parler de leur infertilité, un mot qui semble être effacé de leur discours. Ils évitent absolument d'en parler. D'autres se montrent plus en retrait, paraissant encore blessés du fait d'être infertiles. Ils peuvent se sentir dévoilés dans leur intimité.

Les entretiens avec les personnes infertiles ont duré en moyenne une heure. Ils ont été enregistrés, sauf deux entretiens car les personnes ne le souhaitaient pas, mais nous avons pu prendre des notes pendant l'entretien.

Les entretiens avec les médecins ont duré entre trente minutes et une heure. Les entretiens menés avec les professionnels exerçant dans les centres de PMA sont : les membres du personnel médical du service de la maternité à l'Etablissement hospitalier EHU (biologiste, gynécologue, la sage-femme, urologue et la psychologue). Les professionnels travaillant aux centres de fertilité privés sont : (03 biologistes, 04 gynécologues et 02 secrétaires médicales (réceptionnistes) et 01 juriste chargé de la gestion administrative du centre de fertilité privé. Ces entretiens individuels nous ont permis de comprendre les sens attribués par les professionnels de la PMA, à leurs activités quotidiennes, en mettant en exergue les contraintes et les atouts essentiels.

Le défi principal lié au contexte d'entretien consistait principalement à créer dès le départ un échange qui se rapproche le plus possible d'une situation « naturelle ». Dès les premières minutes de l'entretien, les femmes évoquent leur infertilité et ses conséquences sur leur vie personnelle, sociale et conjugale. La construction d'une relation de familiarité s'est développée

jour après jour, permettant aborder l'infertilité et enfin la PMA. Cette implication de la femme a contribué à la production d'un discours significatif, ancré dans la sphère personnelle et expérientielle des participants.

Les femmes décident de l'heure et l'endroit du rendez-vous. Les entretiens au domicile des femmes ont fortement contribué à les mettre en confiance, créant une relation sociale sereine et plus libre que dans l'institution sanitaire. Ces entretiens ont eu lieu en l'absence parfois de leur époux et parfois de leur belle-mère.

La plupart des enquêtés se prête aisément à l'entretien. Ces personnes y trouvent même du plaisir. A contrario, avec les professionnels, le contact était plus difficile. Le temps est évoqué comme une contrainte majeure.

L'entrée des couples dans l'univers médico-reproductif montre un parcours complexe aux hommes. Ces personnes sont en souffrance confrontées à une médecine de reproduction technique. Les femmes paient un lourd tribut dans leurs itinéraires thérapeutiques. Ces éléments ont été saisis à partir des questions suivantes : que représente, pour les hommes et les femmes l'épreuve de l'infertilité, quand le statut social est tributaire de la procréation ? Quelles sont les significations attribuées au désir d'enfant, aux rôles de la femme et de l'homme, à la parenté, aux techniques de la PMA et à l'implication du corps des femmes dans la PMA ? Les questions lors de ces entretiens ont, notamment, porté sur leur parcours médical-gynécologique et social, sur l'expérience de l'infertilité et enfin sur le regard intime et social portés sur la l'infertilité et le recours à la PMA.

Au fait, le choix d'adopter cette méthodologie est pour mettre la parole et l'expérience humaine au centre de nos préoccupations. Il nous semble important de reproduire de larges extraits des récits de nos interlocuteurs. De plus, cela permet de capter plus précisément leur expérience et le sens qu'elles y donnent. Par mesure de confidentialité, certaines femmes se sont attribuées elles même un nom fictif. Dans le même ordre d'idée, l'objectif de ce travail n'est pas de critiquer des cliniques en particulier; l'objectif est plutôt de mettre en lumière les expériences des couples vécues dans les centres de fertilité.

La technique d'observation a permis de mieux comprendre les interactions entre patients et professionnels dans les espaces de la PMA et la façon dont les décisions sont prises. Nous nous sommes placées en effet, au cœur de la salle d'attente et la salle de réception de manière à repérer les situations concrètes auxquelles sont confrontés les professionnels de la santé et les couples infertiles dans le déroulement de la PMA. Le nombre de femmes dans les salles d'attente varie entre vingt à trente. Par contre dans la salle d'attente réservée aux hommes, le nombre

varie entre quatre à dix. Le temps moyen pour rencontrer le gynécologue est d'une heure. C'est la secrétaire qui appelle les patientes et parfois l'assistante du biologiste. L'infirmière accompagne les patientes à la consultation. Avant celle-ci, les femmes assurent le paiement de la prestation à la secrétaire et s'informent de la date de leur(s) prochain(s) rendez-vous.

3. L'apport de l'observation directe

Nous décrivons ici la salle d'attente des centres de la PMA où se déroule notre enquête de terrain, à savoir : le centre privé El Mawloud, le service de PMA de l'EHU et le centre privé Makhzane El Asrar. Nous insistons plus sur le centre El Mawloud. Il est la seule institution où il nous a été plus facile de circuler librement. Nous n'avons pas trouvé des contraintes à courir derrière les répondants. C'est une institution régionale qui applique toutes les techniques reproductives autorisées en comparaison au service de la PMA de l'hôpital public. Elle est la plus ancienne.

Ce centre de la PMA privé est équipé d'une technologie de pointe. C'est une institution sexuée. La grande majorité des professionnels sont des femmes (mis à part deux gynécologues). La division du travail médical est attribuée aux biologistes et aux gynécologues. La décision revient à la biologiste (biologiste et directrice). Ces deux corps de profession, emploient exclusivement des femmes. Elles sont au coeur des interactions avec les patientes.

En effet, nous nous intéressons à la description de salle d'attente de façon approfondie car elle représente pour nous, un espace privilégié en raison de la richesse d'informations qu'elle offre au chercheur. En effet, la configuration des lieux détermine les modes de circulation et les possibilités objectives de contacts entre les acteurs. Les observations sur les interactions entre professionnels et patients sont focalisées sur le discours et les pratiques des médecins gynécologues et des biologistes. Les observations ont été captées particulièrement dans la salle de réception et la salle d'attente. Dans cette partie, nous nous attachons à mettre en perspective la configuration des lieux et la manière dont elle influe sur l'expérience des femmes.

Dans les centres privés, en dehors de la première consultation, les femmes sont très souvent seules à attendre. Nous avons pu observer les hommes au rez-de-chaussée, dans une petite salle très étroite, attendre leurs épouses. Pour l'un des deux couples, l'homme accompagnait son épouse, mais au moment où la secrétaire est venue chercher la femme pour l'inviter à le suivre, le mari était hésitant et pensait rester dans la salle d'attente. La secrétaire lui a alors demandé d'assister à la consultation avec son épouse.

3.1. La description de la structure médicale

Le centre de procréation médicalement assistée El Mawloud est l'un des trois centres de PMA privé pour la région ouest situé à l'avenue d'Albert 1^{er}, au deuxième étage dans un immeuble réservé à des cliniques médicales. Le centre est composé de deux laboratoires d'analyse : un pour le spermogramme et l'autre pour les hormones et la sérologie. 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) ».*

Dans ce centre, les salles d'attente sont occupées à partir de 8 h jusqu'en fin de journée. Il s'agit de salles d'attente sexuées. Les hommes et les femmes ne partagent pas le même espace. Les femmes attendent dans les salles. Par contre, les hommes préfèrent attendre dans une petite salle occupée par l'agent de sécurité.

Toutes les salles sont propres. Tous les murs du centre, sont décorés simplement. Ils sont propres. Elles sont équipées d'un système de vidéosurveillance. Les salles d'attente comportent des chaises installées autour de la pièce et une table, qui est souvent au centre de la salle, avec des magazines de santé ou des revues féminines. Au coin, une table sur laquelle un registre de doléances où les patients notent leurs satisfactions et leurs réclamations relatives au temps d'attente jugé long et le manque d'explication sur l'échec de la FIV. 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 : l'introduction d'une pipette (seringue) contenant les gamètes males à l'intérieur de l'ovule. Il y a également des cadres-photos indiquant des versets coraniques. Des notes qui précisent des critères médicaux et administratifs dont 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 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, 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 en réanimation. Le centre dispose d'une équipe paramédicale spécialisée dans les différentes activités. L'équipe médicale reçoit les couples de tout âge qui consultent pour un problème d'infertilité. 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 prestations²⁰ avec un équipement de haute technologie. Toutes les techniques de pointe sont utilisées. Il semble que ce centre est doté de moyens humains et matériels pour prendre en charge davantage de demandes des hommes et des femmes ayant des difficultés à procréer. Le centre est localisé dans un immeuble dominé par les services médicaux privés. Le deuxième étage est réservé au centre de la PMA. Un espace très spacieux où se trouve, le bureau d'accueil, le bureau de la directrice médicale, deux salles de consultations gynécologiques, le bloc opératoire et la salle de prélèvement et le laboratoire d'analyse. Les enfants procréés figurent sur les photos de famille qui ornent les bureaux des médecins.

« 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 endo-vaginale 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 devrait 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).

²⁰ 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.

Nous avons observé que les couples sont en quête d'informations concernant un problème particulier. 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. On assiste à la circulation des objets et à la réalisation des actes paramédicaux. Par exemple, l'une remet le flacon à l'homme ; l'autre assure le prélèvement de sang d'une patiente.

Chaque agent a une tâche très précise et importante. La personne assurant 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 transfert. Le couple passe en premier lieu chez la secrétaire médicale, réceptionniste. Chaque jour, elle est conduite à établir des contacts directs avec les patients. Certains clients sont énervés, parfois même désespérés. Par contre, d'autres sont calmes et prêts à l'écoute. La secrétaire médicale disait :

« Ce métier demande que je sois avant tout présentable et souriante, pour bien gérer, 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 assure toutes les premières consultations de chaque couple afin de les orienter pour des analyses²¹. Elle réalise aussi les consultations biologiques après avoir établi le bilan complet du couple transmis lors de la première consultation. Elle donne des rendez vous

²¹ 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.

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 de la 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 au laboratoire du centre El Mawloud. Elle accompagne le médecin de la reproduction pour toute étude du dossier du patient. Elle assiste à toutes les réunions.

Le centre de Makhzane El Asrar est en voie d'aménagement. Il est situé dans un immeuble et occupant deux appartements : l'un pour le bloc opératoire et l'autre pour les consultations, le secrétariat, les archives. Il existe deux salles d'attente (hommes et femmes séparément) les hommes et des femmes. Les couples respectent cette répartition sexuée de l'espace. Dans la salle réservée aux hommes, nous étions mal à l'aise. Nous étions la seule femme. Nous suscitions l'interrogation des hommes présents. Les anthropologues sont souvent confrontés à cette barrière des sexes et mettent parfois du temps à trouver leur place dans la société étudiée. Journet-Diallo, nous explique que « l'anthropologue, avant d'être appréhendé comme homme ou femme, est d'abord perçu comme un étranger. Après il est parfois identifié comme « homme » ou « femme » alors qu'il est de l'autre sexe que celui que l'on lui prête » (Journet-Diallo, 1999). Parfois, certains entretiens sont réalisés avec le couple à la demande du mari, dans l'entrée de l'immeuble.

« Je suis la Gynécologue à plein temps ici, on a une équipe de biologistes, technicien en biologie cinq gynéco référents qui travaillent au cabinet, ils préparent leur malades et les ramènent ici et tous les actes se font ici, il y a un consensus qui se fait. Il y a un staff qui se fait autour des dossiers, une fois indiqué la fiv ou autre, on commence la pratique, on fait tout, la fiv, l'icsi, fiv avec biopsie testiculaire, la congélation des gamètes, la vitrification des embryons, on fait tout ce qui se fait à l'étranger, on a beaucoup de couples azospermes en Algérie.... moi, j'ai commencé ma formation en 2000, c'est une sous spécialité de la médecine...chez nous ça n'existe pas dans la formation universitaire de médecine reproductive jusqu'à l'heure actuelle, et nous, on essaye de s'organiser entre nous en société de la médecine reproductive SAMERE on vient de la créer, en collaboration de tous les centres algériens en PMA, pour promouvoir la PMA en Algérie..., ce sont tous privés, il y a un seul centre à l'EHU d'Oran mais il fait que de

l'insémination ce n'est pas vraiment de la PMA, c'est vrai elle fait parti des techniques mais pour nous ce n'est pas de la PMA ».

L'observation des espaces médicaux permet d'analyser les interactions qui se nouent entre couples et professionnels de la PMA et développer une approche dynamique des rapports sociaux de sexe.

3.2. Salle d'attente, espace d'échange d'expérience.

La salle d'attente représente un espace clé de circulation des connaissances biomédicales et des technologies. L'infertilité et la PMA font l'objet d'une autre socialisation dans le cadre médical, marquée par une dimension humaine et technique. Les femmes entrent aisément en conversation. Dans les interactions entre elles, la parole circule essentiellement sur l'infertilité et les traitements médicaux que ces femmes suivent. Ainsi,

Les femmes sont assises sur des chaises en plastiques alignées tout au long des murs de la salle d'attente. Elles attendent d'être reçues par la secrétaire pour effectuer les examens ou se rendre au bureau de la directrice. Certaines femmes « expérimentées » sont très rapidement disposées à montrer aux femmes candidates de Fiv, toutes les étapes à suivre et les préparer à surmonter les difficultés. Ghania, 29 ans, a tenté une insémination auparavant. Elle a été programmée pour une FIV. En sortant du bureau de la biologiste, elle s'oriente vers la salle d'attente et demande à Hayet de lui donner certaines informations sur la FIV. Hayet, 40 ans, avait la chance de réussir sa première fiv. Un véritable savoir d'expérience est transmis à Ghania, de façon isolée des autres femmes. Elle lui précise certaines informations complémentaires qui n'ont pas été transmises au cours de la consultation avec le médecin. Elle n'hésite pas à lui demander de formuler ses attentes auprès du personnel de santé. Elle lui indique le nom du pharmacien qui dispose de tous les médicaments prescrits.

Un mois plus tard, Ghania est au centre pour prendre son deuxième traitement. Elle est anxieuse. Elle retrouve Hayet installée dans la salle d'attente, au même endroit que lors de la première rencontre. Cette fois-ci, Hayet a dans sa main un petit carnet pour expliquer avec schéma le déroulement de la ponction et sélection des « bons » embryons avant de les implanter. La régularité de ces échanges entre ces deux patientes est à la base de la constitution de savoirs sociaux. Ils représentent l'élément central dans la transmission des connaissances dans le domaine de la PMA. Ces échanges informels ont lieu dans la salle d'attente. Celle-ci est à l'origine de la création d'un réseau de connaissances pour l'adhésion au traitement (Callon et Latour, 1981).

L'expérience de la patiente est impérative pour maîtriser les connaissances formelles concernant les techniques de la PMA. Le temps d'attente est une opportunité pour l'échange et sur les trajectoires respectives des femmes.

La salle d'attente se transforme en un espace de socialisation et de partage des informations, leur permettant d'évoquer leurs contraintes quotidiennes, les différents recours médicaux, le mode d'utilisation des techniques et les traitements prescrits par les médecins. Selon les expériences des unes et des autres, l'échange portera sur les techniques les plus douloureuses, tout en indiquant leurs coûts respectifs et la possibilité ou non de se faire rembourser par la caisse d'assurance sociale.

Certaines causes de l'infertilité sont questionnées et réinterprétées par les femmes qui présentent une infertilité idiopathique c'est-à-dire inexplicquée en terme médical. Elles tentent de donner une explication à leur situation, surtout en cas d'échec de la FIV. Puisque l'infertilité est beaucoup plus d'origine masculine, les femmes évoquent le tabagisme, l'exposition à des agents nocifs au travail ou dans l'environnement, l'alcoolisme, le poids, les troubles de l'alimentation, le stress. Parfois, elles font référence aux facteurs liés aux actes médicaux : les conséquences d'une intervention, la contraception, l'endométriose et enfin les affections des trompes de Fallope consécutives à des maladies inflammatoires pelviennes, l'âge au moment de la conception concernant la femme...

Pour les femmes, les facteurs d'infertilité sont autant sociaux que médicaux (tabagisme, nocivité du milieu de travail et de l'environnement, grossesse tardive, etc.). Il semble que les problèmes environnementaux, l'exposition à des produits nocifs au travail auxquels les hommes et les femmes sont exposés, sont peu pris en compte par le milieu médical parmi les facteurs explicatifs des problèmes affectant la fertilité humaine.

Écoutons ce médecin gynécologue : *« Les facteurs d'infertilité les plus connus ont été identifiés. Néanmoins, les causes d'infertilité reliées aux conditions de travail et à l'environnement sont plus difficilement repérables, d'une part parce qu'on rencontre des problèmes méthodologiques tels que le manque d'outils pour les évaluer et la difficulté d'obtenir des données »*

Les propos des médecins montrent la prédominance à rechercher les causes de l'infertilité au niveau strictement individuel et biologique, occultant de façon très explicite, ce qui est de l'ordre du collectif. Autrement dit, on est en présence du silence et de non dits quand il s'agit d'évoquer les problèmes de santé publique. Face à l'infertilité masculine ou féminine, les incertitudes médicales sont loin de s'effacer, dévoilant bien les nombreuses limites de ce qui a été rapidement étiqueté par ce terme de « triomphalisme médical ».

Les analyses de Gavarini (2012) mettent en place une réflexion sociologique sur la médicalisation de la vie humaine. Elles postulent que l'infertilité est un phénomène socialement et médicalement construit qui résulte d'une emprise de la médecine sur le phénomène social de la demande d'enfant. Cette médicalisation de la vie favorise l'interprétation médicale de tout phénomène individuel ou social et l'effacement des causes sociales et personnelles, de l'organisme physiologique et de l'individu souffrant. « Les promesses techniques de la chirurgie et de la biologie moléculaire nous éblouissent et nous empêchent de voir les faiblesses d'une médecine qui oublie que la santé dépend de l'histoire de toute une vie, depuis la conception, donc d'un passé sur lequel elle n'a aucune prise, sans parler de l'obsédante question du rôle des interactions du psychisme et de l'organisme dans la genèse des maladies » (Bourguignon, 1995, p. 7).

3.3. Faire face au stigmat

Un réseau relationnel se tisse entre femmes. C'est le lieu où elles créent des contacts, des liens de rencontres et d'échanges. Cette manière de faire face au stigmat (Goffman, 1974) elles peuvent se sentir comme mises à l'écart : « *C'est difficile aussi... de trouver sa place... Une femme qui n'arrive pas à avoir un enfant, et qui recourt à la fécondation in vitro, c'est une femme qu'on... je pense, qu'on met un peu de côté... Elle est un peu regardée bizarrement, je pense* ». (Femme, à la salle d'attente).3.

Les conversations sont formulées sur « l'enfant désiré ». Les femmes jugent difficile de s'immiscer ou d'intervenir dans ces discussions. Elle poursuit : « *En tout cas, moi, dans mon boulot, la plupart de mes collègues ont des enfants... C'est un peu difficile de s'intercaler dans les discussions où il est tout le temps question d'enfants. On se sent un petit peu mis de côté quoi ! et on se trouve gêner d'en parler de la fécondation in vitro*».

Naouel, 27ans, est mariée depuis trois ans Elle est enseignante. Son mari est âgé de 40 ans. Il est officier militaire. Elle s'est mariée très jeune pour tenter de vivre sa maternité. Toutes les jeunes filles de son âge, mariées dans la même période, ont eu des enfants. Il lui semble difficile de trouver sa place parmi ses pairs. Elle se considère marginalisée. Dominique Mehl explique à cet égard que l'infertilité est vécue comme une « *calamité sociale* » (Mehl, 2008, p. 15). Pour éviter la stigmatisation, les femmes infertiles évitent leur entourage. Elles réduisent les moments de sociabilité avec des personnes ayant des enfants. Elles se perçoivent déviantes. Naouel, disait : « *Ce qui est dur pour moi en ce moment, c'est d'entendre mes amies par exemple dire : « Oh ! Ben*

j'suis enceinte »... Donc, là, j'refuse de voir le couple parce que... bah, parce qu'elle est enceinte... Je m'éloigne, parce que je trouve ça tellement injuste ... On se sent très seule... ». Son discours met en exergue cette marginalisation à la fois subie et provoquée.

3.4. Un espace de parole

L'absence de psychologue dans ces centres de fertilité privés est dramatique. Ces centres n'ont pas un espace de parole. La salle d'attente reste un lieu où les femmes peuvent exprimer leur souffrance ou poser des questions qui les interpellent. Le travail de « soutien psychologique » est réapproprié par les femmes elles même et parfois par quelques professionnels : la secrétaire, les biologistes et les femmes de ménage. Lorsque les échecs se multiplient, l'offre médicale dévoile ses limites. Les patients se retrouvent seules à gérer leur désespoir. Elles dépriment. Elles deviennent fragiles et parfois en colère. Elles sont doublement épuisées: par les techniques et le désespoir.

L'échange entre femmes dans la salle d'attente sur leur vécu de l'infertilité, les contraintes vécues sous l'effet du traitement et l'intervention, sur la manière de supporter le regard stigmatisant de l'entourage familiale et social s'avère d'un apport important. Il constitue un soutien moral et psychologique non négligeable dans l'acceptation d'absence d'enfant. La réalité de l'infertilité et les traitements perturbent leur vie sociale, affective et sexuelle. Face aux échecs de la PMA ; le départ à l'étranger est envisagé par certaines femmes (Tunisie, Jordanie, Espagne, Belgique et Egypte). Selon ces femmes, ces pays sont reconnus par le taux des résultats positif très élevé par rapport à l'Algérie. Le recours à l'adoption (la kafala) n'est pas envisagé. Le problème du besoin d'avoir un enfant « génétiquement conforme » à ses parents se pose. La dimension religieuse est présente dans tous les entretiens, la foi apporte aux patientes le soutien, l'espérance ou encore introduit une représentation réconfortante du l'infertilité ou plutôt l'absence d'enfant. Pour elles, l'enfant est un don du Dieu. La PMA n'est finalement qu'une aide médicale. Le recours à la religion peut-être interprété comme une recherche de sens face à l'imaginaire de la technique médicale.

En outre, les femmes nous rapportent que le rapport avec les médecins est centralisé sur des questions et réponses d'ordre pratique (explication de la posologie, plainte d'une douleur). Lorsque les femmes ressentent le besoin de parler de choses beaucoup plus personnelles et intimes, elles s'adressent à la secrétaire médicale avec qui elles construisent un lien de confiance. Cet échange verbal est fait de l'ordre de l'encouragement et du soutien. Pour les hommes,

l'interaction se manifeste dans une dimension de communication verbale très réduite. Nous les observations beaucoup plus silencieux, très peu d'hommes échangent la discussion entre eux mais souvent avec l'agent de sécurité qui lui aussi tente de les sécuriser.

Les relations avec les médecins prennent plus souvent le caractère du « conseil » et demande de collaboration. Le discours évoque également l'importance accordée au « suivi de traitement », conduit à la « qualité » de leur relation avec les femmes. Le plus souvent, ces femmes adoptent un comportement d'une mise en application méticuleuse des savoirs techniques et la manifestation de manières de faire renvoyant à l'intimité aux mots d'affection, sourire...etc. C'est également la position du gynécologue où nous avons remarqué d'autres attitudes. Ce gynécologue disait : *« Dans les consultations, certaines patientes viennent bien portantes, en bonne humeur, bonnes vivantes. Elles comprennent facilement...oui elles ont un certain niveau d'instruction, elles sont cadres ... mais elles ne posent pas trop de questions, elles appliquent ce qu'on leur demande, car elles savent que nous sommes là pour les aider à concevoir un enfant....., en plus elles aiment qu'on leur parle avec leur prénom que leur dire : madame... Mais parfois, on est obligé de prendre distance, on l'évite parfois » Elles aiment ça, mais ».* Gynécologue, centre de fertilité privé.

Le côté bien portante et bonne vivante permet donc de créer un climat de complicité mais en prenant quelques fois de distanciation. La relation de complicité sert à faire passer les recommandations du médecin. C'est finalement le médecin qui a le contrôle de la relation. L'évidence du recours à l'assistance médicale à la procréation est le produit de l'injonction sociale à la maternité et aussi il peut être compris comme l'effet d'une configuration alliant pouvoir médical et domination de genre (Tain, 2003, p. 241).

Il est important de souligner que lorsqu'une difficulté se présente, c'est tout d'abord le recours à la secrétaire qui s'impose. Souvent, la secrétaire médicale essaye de protéger son espace de travail en utilisant une certaine compétence à définir « le normal et le pathologique ». Plusieurs femmes appellent la secrétaire au téléphone pour lui parler de leur inquiétude suite au saignement issue de la ponction. Le savoir que la secrétaire dispense aux femmes dans les situations à distance se présente comme scientifique. Elle n'hésite pas à interroger les femmes pour s'assurer qu'elles ont bien compris certains points jugés importants et répondant aux questions posées afin d'établir une relation de confiance avec les patientes. Mais cela semble insuffisant pour les femmes. Selon elles, malgré les bonnes intentions de la secrétaire, elles

préfèrent avoir un contact direct, de face-à-face avec le médecin, elles veulent dialoguer directement avec le médecin.

3.5. Organisation spatiale de la consultation

Dans les centres de la PMA, l'organisation de l'espace de la salle de consultation est simple : un bureau destiné au médecin ou à l'infirmière. Deux chaises pour la patiente et la personne qui l'accompagne. La salle de consultation comprend aussi un espace spécifique séparé du reste de la pièce par la médiation de rideaux, où est localisé le lit obstétrical et l'échographe. Les rideaux sont rarement utilisés, sauf quand la patiente est soumise à un toucher vaginal. Les maris ne sont pas présents pendant les consultations du gynécologue. Ils sont présents pendant la consultation du gynécologue avec la biologiste, principalement dans la première visite seulement. Une infirmière est toujours présente dans la salle de consultation. Face à cette situation, il est intéressant d'écouter les hommes. Ces derniers refusent souvent d'accompagner leurs femmes à ce type de consultations. Ils pensent que c'est une spécialité intimement féminine. Elle ne les concerne pas.

L'espace médical est aussi un espace de tension. Dans la salle de consultation, la gynécologue fait passer trois femmes pour la remise des ordonnances. Il y est indiqué le protocole du traitement à prendre. La remise des ordonnances a toujours lieu en présence d'un groupe de femmes. Les femmes regrettent de ne pas être reçues individuellement pour une meilleure explication du traitement et un bon suivi. Pour la gynécologue, il est important que ces femmes soient présentes en qualité de témoin. Les médecins cherchent ainsi à se protéger. La gynécologue dit : *« Souvent, je rencontre des problèmes avec les femmes, elles ne comprennent pas, c'est plutôt elles ne retiennent pas ce que je leur dis, et lorsque qu'elles se trouvent dans un petit souci, elles viennent pour réclamer, et parfois elles me démenti, alors que je leur ai bien expliqué comment elles doivent prendre leur traitement...donc j'ai trouvé cette méthode, euh, c'est en dehors de la consultation gynécologique bien sûr, mais pour les remettre les ordonnances, je réuni jusqu'à trois femmes, comme témoin, si demain une d'elle va nier, d'autres lui rappelle».*

La présence de témoins est considérée comme une nécessité. L'incompréhension et l'indifférence des femmes sont généralement évoquées par les professionnels. Etant donné le nombre important de patientes, trois à quatre femmes sont orientées dans une salle vide située à côté de la salle de consultation. Elles se préparent avant d'être examinées par le gynécologue. La

rentabilité est au centre de la consultation. Dans cette salle dite de « préparation », les femmes porteuses du pantalon, ont du mal à vivre leur nudité. Elles doivent ramener avec elles une jupe ou un couvert, surtout en période d'hiver. Parfois, les femmes se prêtent entre autres des châles ou un manteau très long pour préserver leur intimité. Selon elles, c'est une violation à leur pudeur et à leur intimité. Rappelons que la pudeur a fait l'objet de recherche qui a interpellé les psychanalystes et psychologues en rapport avec les problèmes de constitution de la personnalité. La pudeur serait alors une nécessité interposant quelque chose entre soi et l'autre » (Morel, 2003, p. 14). Elle contribue à l'identité sociale de l'individu. Le corps est un « point frontière », à la croisée d'une enveloppe individualisée et d'une expérience sociale, à la fois récepteur et acteur de normes intériorisées (Vigarello, 1978, pp. 10-11). C'est sur le corps que s'exercent les normes de comportement pudique.

Les hommes et les femmes sont donc éduqués selon les codes sociaux dominants de ce qui peut être montré et ce qui doit être caché. Cependant, la pudeur est une notion genrée socialement construite à partir de l'identité sexuelle, beaucoup de personnes considèrent que « la pudeur comme une vertu féminine par excellence » (Gaelle Deschodt, 2010, 105).

Saléha est âgée de 29 ans. Elle est titulaire d'une licence en sciences économiques. Elle exige au centre de PMA qu'elle soit examinée par un médecin gynécologue femme. Dans le cas contraire, elle quitte le centre. Effectivement, elle abandonne la démarche de la Fécondation In Vitro alors qu'elle est en plein processus (étape de la ponction). Elle n'accepte d'être regardée, examinée, touchée dans les parties les plus intimes de son corps pendant les procédures obstétricales ordinaires par un médecin homme. Ces actes offensent ses normes liées à la pudeur que les gynécologues sont des hommes et que les consultations se déroulent dans ces espaces où les femmes peuvent être vues et exposées au regard. Pour elle, toutes les dérogations possibles à ses normes sont perçues comme une violation pouvant entraîner de graves conséquences. Ceci indique que le corps féminin est chargé de significations morales, sociales et religieuses importantes. Pour elle, le médecin de sexe féminin montre davantage des comportements affectifs. Il est plus attentif dans l'écoute accordée aux discours de leurs patientes. Par contre le médecin de sexe masculin est verbalement dominant durant la consultation et à faire des interprétations des propos des patients. Le dialogue avec du même genre peut influencer l'homme à accepter la continuation de la procédure.

Les interactions entre couples et professionnels de la PMA permettent de comprendre les enjeux de genre qui traversent l'objet de la procréation médicalisée. L'importance du rôle des médecins et de l'institution médicale dans le domaine de la PMA est double. Tout d'abord les discours et les pratiques des médecins définissent le champ des possibles et du pensable en matière de santé reproductive, du fait de leur rôle de prescripteur mais aussi du fait de la légitimité scientifique accordée socialement à leur activité clinique (Freidson, 1984). Le rôle des médecins auprès des usagères et usagers du système de santé peut être analysé à l'aide du concept d'entrepreneur de morale développé par Howard S. Becker (Becker, 1985), dans la mesure où leurs discours et pratiques contribuent à promouvoir des normes et des représentations, auprès de leurs patientes. C'est aussi, le rôle socialisateur de l'institution médicale qui s'ajoute, où les femmes apprennent le langage et les codes médicaux.

Conclusion

Nous avons donc insisté sur la dimension du genre qui s'entremêle avec l'expérience des hommes et des femmes et de l'étude des techniques de reproduction assistée. Les théories du genre ont été mobilisées dans cette recherche pour comprendre en quoi la reproduction constituait un enjeu de pouvoir entre les sexes. Les sexes étant définis en fonction de leurs rôles dans la reproduction, il était intéressant d'étudier le sort réservé aux personnes ne pouvant pas procréer. Les études de genre ont permis une meilleure compréhension du lien entre le corps des femmes, la sexualité des femmes et la reproduction (Tabet, 1998, 2004). Elles ont servi d'outil pour analyser les rapports de pouvoir entre les sexes et pour comprendre leur l'origine. Ainsi, nous avons présenté la démarche méthodologique que nous avons suivie pour mener notre étude. Cette recherche, de type socio-ethnographique, a mis en oeuvre une démarche inductive. Dans la lignée de la « Grounded Theory » de Glaser et Strauss (1967), nous avons donc expliqué la pertinence de notre dispositif d'enquête ethnographique (Beaud & Weber, 2010) basé à la fois sur des entretiens et des observations. Cette méthodologie mixte permet de saisir à la fois des pratiques et des représentations. L'entretien permet d'en « enrichir la valeur informelle et cognitive » (Schwartz, 1993). Il permet également de rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience et de ses savoirs, savoir-faire et croyances. Il permet de saisir le sens qu'ils donnent à leurs actes (Kivits & *al.*, 2016, p. 87). L'observation directe est « privilégiée » pour étudier les pratiques et leurs dimensions informelles (Arborio & Fournier, 2015). L'institution médicale comme un espace social où se jouent les interactions entre les différents acteurs, est

aussi un espace genré. Ce choix méthodologique se veut en cohérence avec notre objet de recherche. Nous allons, dans le chapitre suivant, aborder les spécificités de l'usage de la procréation médicalement assistée (PMA) dans le contexte algérien.

Chapitre 2

Normes reproductives et procréation médicalement assistée.

La nature humaine est éminemment malléable, obéit fidèlement aux impulsions que lui communique le corps social. Si deux individus, appartenant chacun à une civilisation différente, ne sont pas semblables (et le conditionnement s'applique aussi bien aux membres d'une même société), c'est avant tout qu'ils ont été conditionnés de façon différente, particulièrement au cours de leurs premières années : or, c'est la société qui décide de la nature de ce conditionnement. (Margaret Mead (trad. Georges Chevassus), *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Terre Humaine, 1963).

Introduction

Pour penser l'expérience sociale des couples infertiles ayant recours au traitement de la PMA, les discussions à propos de cette pratique sont encore taboues car elles constituent une dissuasion pour la préservation des normes sociales. En Algérie, les nouvelles techniques de procréation, autrement nommées procréation médicalement assistée (PMA), puis assistance médicale à la procréation (AMP), constituent un objet d'étude relativement récent. Il est important de déterminer le contexte socioculturel de la société algérienne qu'à travers des normes sociales et des normes de genre, conditionne les relations entre les sexes et les générations. Ce chapitre vise à tracer l'histoire de l'assistance médicale à la procréation en Algérie. Il analyse l'usage médico-social de cette pratique dans le contexte algérien dominé par l'idéologie patriarcale et normative valorisant le statut de la mère. Il s'agit de porter un éclairage sur les normes d'accès à cette pratique en s'appuyant les différentes expériences des femmes vécues, ayant usées de cette technique incertaine et expérimentale pour échapper à un destin sans enfant.

L'application de cette pratique bouscule l'idéologie patriarcale qui conditionne les comportements à travers des valeurs liées à la virilité. Dans ce cadre, la femme n'est femme que si elle est avant tout mère. L'enfant occupe une place hégémonique dans la famille. Les couples s'approprient la PMA dans ce contexte accessible, évitant le conflit avec certaines valeurs culturelles ou religieuses. Les techniques reproductives sont réglementaires à condition qu'elles s'appliquent sur des gamètes venant de l'homme et de son épouse légale. La procréation

médicalement assistée se pratique exclusivement dans le secteur privé. Les couples effectuent de nombreuses investigations. Les traitements sont coûteux, mais les couples sont prêts à vendre bijoux, voitures ou autres biens afin d'y accéder. Les pressions familiales et l'injonction des femmes au pouvoir médical agissent en fonction des normes sociales qui correspondent aux rôles sexuels et aux rapports de pouvoir entre les sexes. Le traitement de la PMA et son développement s'inscrivent dans une logique de reproduction des rapports de pouvoir, déployant un contrôle social sur la procréation. Dans la culture algérienne, garder l'hypofertilité masculine secrète fait partie du discours implicite. Nous verrons comment le couple garde souvent secrète la question de l'infertilité masculine afin de protéger l'homme des regards et du jugement familial et social. Le recours à la procréation médicalement assistée se fait en secret pour traiter l'infertilité masculine. Cette discrétion peut être interprétée comme une conséquence d'un « obstacle culturel.» (Bernadette Tillard, 2009, p. 27). Il semble intéressant de s'approcher des couples diagnostiqués d'infertilité et comprendre de l'intérieur leur expérience dans le parcours de PMA. Il est important aussi de chercher les évolutions des connaissances à propos de l'infertilité et l'AMP, leurs concordances ou leurs contradictions avec le discours médical.

1. La PMA : D'une demande sociale à un sujet peu investigué.

Le manque de visibilité de la problématique du recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) dans les travaux des sciences sociales relatifs aux pays du Maghreb, a pour effet pervers de mobiliser un discours « malthusien » c'est-à-dire : pourquoi lutter contre l'infertilité quand bien même les taux de fécondité restent élevés ? Il semble pourtant que cette logique conduit à négliger les recherches médicales sur l'infertilité menées depuis de longues années. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS) s'est interrogée sur la diffusion mondiale de cette technologie en incluant désormais les pays du Sud de l'Afrique du nord et du sud (Fathalla, 2002). A partir des années 1990, une offre de la PMA a émergé dans les sociétés du sud. Les techniques médicales de la procréation médicalement assistée développées en occident, ont rapidement été adoptées par l'Algérie et par de nombreux pays musulmans tels l'Egypte, Tunisie, Bahreïn, Iran, Malaisie, l'Arabie saoudite... Elles se sont imposées sous la pression des couples infertiles.

L'émergence des technologies de la reproduction intervient dans un contexte sanitaire où l'offre de soins en santé reproductive, largement encouragée dans les textes des organisations internationales, est pourtant organisée sur le terrain. Dans les pays africains, Epelboin rappelle qu'il existe une forte fréquence des pathologies tubaires post-infectieuses, grossesses précoces

ou mal suivies, conditions difficiles d'accouchements ou de césariennes suivies d'épisodes infectieux, avortement pratiqués hors contrôle médical, parfois à des termes avancés.

Les médecins gynécologues soulignent la fréquence des défaillances de la qualité spermatiques chez l'homme et les pathologies tubaires, souvent liées aux conditions de prise en charge défectueuses de la santé reproductive. Pour l'Etat algérien, l'infertilité constitue relativement un problème de santé publique. Comme dans plusieurs pays africains, l'argument d'une surpopulation conduit les Etats à considérer que l'infertilité ne relève pas de leur responsabilité. Seule la planification familiale et les politiques de populations comme la base de la promotion d'une santé sexuelle et reproductive sont prises en considération. Nous comprenons dès lors que la reproduction est un sujet éminemment politique, et que la diffusion des techniques médicales de la procréation ne pouvait se réaliser, dans un premier temps, que dans le secteur privé de la santé.

Les médecins du secteur public revendiquent une amélioration de l'accès de soins en matière de santé reproductive. De nombreuses pathologies relatives à l'infécondité (oligospermie, déficit ovarien précoce...) sont hors portée des traitements médicaux et nécessitent une prise en charge spécifique (intervention chirurgicale, stimulation hormonale, insémination artificielle). Certains d'entre eux, déploient des efforts pour rendre les techniques accessibles. Après un traitement hormonal de la femme et un recueil de spermatozoïdes et des ovocytes (suite à une ponction des ovaires sous anesthésie locale ou générale), les gamètes sont mis en fécondation *in vitro* (c'est-à-dire en dehors du corps de la femme) : soit les spermatozoïdes sont placés en contact avec l'ovocyte (on parle de FIV classique), soit un spermatozoïde est introduit à l'aide d'une pipette à l'intérieur d'un ovocyte ou ICSI²²). Ces techniques complexes nécessitent des explications détaillées et sont administrées par des professionnels de la santé.

Pour améliorer notamment l'information sur ces techniques, en Algérie, la Société Algérienne de la Médecine de la Reproduction (SAMERE), est une société nationale qui a pour mission d'améliorer les soins de fertilité des couples par le transfert des connaissances médicales à travers une plate-forme de collaboration avec des experts nationaux et internationaux. Par ailleurs, selon ses membres, la société, depuis sa création n'a ménagé aucun effort pour

²² (ICSI) Intra Cytoplasmic Sperm Injection: il s'agit d'une technique de fécondation assistée qui vise à injecter *in vitro* un seul spermatozoïde à l'intérieur d'un ovocyte. L'ISCI s'effectue après un traitement de stimulation des ovaires, pratiqué de la même manière que pour une FIV classique.

représenter la profession auprès des différentes autorités nationales sur les plans : médical, éthique et règlementaire. En Afrique, des praticiens francophones ont créé en 2011 un « groupe inter africain d'études, de recherche et d'application sur la fertilité » (GIERAF) afin de mettre à la disposition des populations africaines les informations actualisées sur l'infertilité et sa prise en charge [...] et constituer une tribune auprès des autorités médicales et politiques en vue de promouvoir des plans d'actions en faveur de la préservation de la fertilité et de la prise en charge de l'infertilité. Il s'agit d'un travail empirique et compréhensif autour de l'absence d'enfant, des traitements disponibles et utilisés, et des stratégies collectives et individuelles pour pallier les problèmes de stérilité, dont le recours aux techniques biomédicales.

En Algérie, parmi toutes les techniques de la PMA, l'insémination artificielle et l'ICSI, la fécondation in vitro (FIV) avec transfert d'embryon (FIVETTE) sont les plus répandues. Elles sont pratiquées dans le secteur privé beaucoup plus que celui du public en collaboration de médecins locaux et de promoteurs étrangers. L'implantation de la PMA sur le territoire national reste encore limitée. Nous observons une forte mobilité des couples infertiles vers des centres privés régionaux de PMA existants et même dans les pays voisins (Tunisie, Espagne, France, Belgique, Turquie, Jordanie, Dubaï) pour des raisons procréatives. Le recours à l'étranger permet aussi de préserver l'intimité et la confidentialité des démarches, voire d'échapper aux pressions familiales. La procréation médicalement assistée n'est pas destinée à augmenter la population ou l'indice de fécondité. Mais elle est destinée à permettre à un couple infécond d'avoir au moins un enfant parce que la généalogie leur semble centrale. L'enfant né valorise la puissance procréative et la virilité de l'homme et celle de la féminité chez la femme.

Dans la famille algérienne traditionnelle « *El Ayila* », l'enfant était destiné essentiellement à la reproduction du système existant. Son éducation consistait à le préparer à son futur rôle de mère ou de père. La séparation entre les deux sexes et la soumission aux rôles bien définis est prescrits dès le jeune âge, fait de la différence entre fille et garçon le noyau dur et fondamental de l'éducation (R. Benali, 2009, p. 57). Actuellement la société algérienne a évolué vers plus de mixité du genre, les garçons et les filles occupent le même espace et reçoivent la même instruction. De même, la vie familiale a beaucoup changé. L'apparition de la famille conjugale, la diminution de la taille de la famille, le changement du statut de la femme etc.... font que la famille se base davantage sur l'individu que sur le groupe, que les rôles de ses membres se multiplient, se chevauchent et que la part d'indétermination dans l'éducation augmente, laissant la place à de nouvelles stratégies, à de nouveaux styles d'adaptation qui

différent selon le milieu de la famille. Cependant, le modèle traditionnel reste toute fois dominant. Les familles de niveaux socioculturels ou socio-économiques différents continuent à perpétuer le schéma inégalitaire antérieur. Les attitudes, les représentations, les pratiques, les obligations et la division socio-sexuée des rôles donnent des caractères spécifiques à l'éducation de chacun des deux sexes. Ils imposent même des rôles très différents aux deux parents.

Malgré les changements sociaux et relativement l'abandon de certaines valeurs, la famille continue à maintenir l'idéologie patriarcale, « à assigner et assurer à chacun de ses membres sa place, sa fonction, sa raison d'être et, en une certaine façon, son être ²³ » (Bourdieu, 1985). Il est difficile de contrevenir aux règles de la famille. Chaque membre est socialisé dans son rôle. Cette hiérarchie impose une supériorité du masculin sur le féminin. La notion du patriarcat a changé de forme. Mais le père, comme disait Boutefnouchet (1980) cité par (Benali, 1985), « reste profondément valorisé même lorsqu'il intègre des situations nouvelles ». C'est la même chose pour la mère qui participe de plus en plus aux décisions concernant la famille. Celle-ci occupe une place très importante dans la vie conjugale. Les parents sont très écoutés dans les choix matrimoniaux et reproductifs. La procréation est importante et dépasse le cadre d'un désir conjugal. Certaines règles sociales sont incontournables pour les couples en Algérie. Seul le mariage civil est pris en considération, et reconnu par l'État. L'union libre n'est pas reconnue. L'acte de mariage attribue des droits essentiels, notamment celui de pouvoir accéder aux centres de PMA publics et privés. Les normes sociales instituent le mariage et la procréation comme des règles fondamentales pour les couples. Ainsi, l'arrivée d'un enfant est attendue rapidement après le mariage. L'autre étape importante après le mariage, est la procréation car elle est constitutive de l'identité des individus (Journet, 1985,1990).

Dans toutes les sociétés, les hommes ne pouvaient se penser infertiles sans que cela ne soit considéré comme une atteinte à leur virilité et une honte sociale. L'infertilité est généralement confondue avec l'impuissance. Face au déni de l'infertilité masculine, c'est généralement la femme qui est accusée d'infertilité. Les conséquences sociales sur l'épouse sont importantes.

La médicalisation de la procréation a certainement induit, d'un point de vue médical, une égalité de genre. En effet, elle a permis de diagnostiquer l'infertilité de l'homme autant que celle de la femme. Mais les hommes ont toujours du mal à reconnaître et à avouer leur infertilité.

²³ Benali, Radjia, Rôles et statuts dans la famille algérienne contemporaine. Changements et répercussions, dossier : les troubles dans les fonctions familiales, *Journal Arabpsynet*, N°21-22, citation extraite de : Bourdieu, P, 1985, Sociologie de l'Algérie, Paris, PUF. Site web : arabpsynet.com/Archives/OP/TopicJ21_22RajiaBenAli.pdf

Pourtant, elle est médicalement prouvée. Dans la réalité, ce sont les femmes qui endurent les lourds traitements médicaux même si c'est leur mari qui est infertile.

Le discours du gynécologue et responsable d'un service de PMA, évoque que plus d'un tiers des cas, l'infertilité masculine est à l'origine de ce problème : « *Le taux d'infertilité chez les couples algériens est passé de 15 à 20% au cours des dernières années. En effet, sur 100 couples, 20 n'arriveraient pas à concevoir d'enfants et naturellement durant les deux premières années de vie commune régulière* ». (Responsable du service de gynécologie et obstétrique à l'hôpital public).

Les hommes seraient de plus en plus infertiles. Leurs spermatozoïdes deviennent déficients et insuffisants. Leur spermatogenèse est sous l'effet de la pollution, l'alcool et la cigarette, le stress, etc. L'infertilité des couples algériens est négligée. Aucune étude nationale sur ce problème n'ait été réalisée à ce jour²⁴. Les médecins gynécologues et urologues interrogés soupçonnent une augmentation du taux de l'infertilité masculine. En effet, des recherches mettent en évidence une altération des caractéristiques spermatiques conventionnelles depuis une cinquantaine d'années dans les pays développés (Carlsen *et al.*, 1992 ; de Mouzon *et al.*, 1996). Ces altérations, à la fois quantitatives et qualitatives, conduisent à s'interroger sur une possible augmentation des infécondités masculines auprès les jeunes générations ».

L'infertilité intègre le cadre de la santé de la reproduction. Un programme de prise en charge globale de l'infertilité et de la fécondation in vitro (FIV) a commencé au début des années 1990. Le premier bébé né grâce à cette technique a eu lieu en 1991 à l'hôpital Parnet (Alger), situant l'Algérie comme le premier pays africain à réussir cette performance. Neuf naissances sont enregistrées par la fécondation in vitro à cette époque. Puis elle a disparu jusqu'à l'an 2000 à cause des événements de la décennie noire. Quand le Haut conseil islamique ainsi que les autorités publiques algériennes ont autorisé la pratique de la PMA par la délivrance d'autorisation aux structures privées à la fin des années 1990, plusieurs centres ont démarré. Aujourd'hui il existe dix huit centres d'AMP, repartis entre cliniques privées et étatiques²⁵. Le projet de création des centres de la PMA dans le secteur public, a pris un peu plus de temps (13ans), par rapport au secteur privée, ce n'est qu'en 2009 que les 03 services publics AMP ont

²⁴ Article de presse : Dans la majorité des couples stériles, l'homme est le plus souvent mis en cause. Le 21.07.15 par Djamila Kourta.

²⁵ Ces données sont reprises lors d'un entretien avec le juriste, chargé de la gestion administrative du centre Makhzane El Asrar. Oran.

été créés respectivement à Alger, Oran et Constantine. A Oran, la petite Doha, le premier bébé in vitro est né le 14 juillet 2004 par insémination artificielle au centre d'El Mawloud. L'assistance médicale à la procréation est donc un fait social imposé dans la société. La PMA a trouvé un écho favorable auprès de la population.

2. Le cadre législatif de la PMA et conditions d'accès

En Algérie, la procréation médicalement l'assistée (PMA) s'inscrit dans un cadre bioéthique et législatif, instaurant des normes de bonne pratique et relève du secteur public et privé, avec une prise en charge des patients par la sécurité sociale sous certaines conditions. Le terme éthique médicale est introduit pour la première fois dans le texte juridique du 31 Juillet 1990 (loi n° 90-17 du 31 Juillet 1990), modifiant et complétant la loi n°85-17 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé²⁶. Avant 2005, seule la conscience de l'équipe médicale des centres de fertilité jouaient le rôle de censeur face à toutes les demandes possibles en AMP telles que la demande d'une femme ménopausée, ou la demande d'une veuve qui voudrait qu'on lui restitue le sperme conservé de son défunt mari, ou leurs embryons congelés.

Suite à l'Ordonnance n° 05-02 du 27 février 2005²⁷ modifiant et complétant la loi n° 84-11 du 9 juin 1984 portant code de la famille, le législateur Algérien a reconnu l'AMP comme technique médicale moderne de conception régie par la loi sur la protection et la promotion de la santé, par le code de déontologie médicale et par le droit religieux. Le législateur algérien a trouvé une réponse adéquate en se référant à la déontologie, pour interdire tout acte en contradiction avec les lois de la nature. C'est ainsi qu'ils ont banni les choix relatifs au sexe.

Les médecins ne pratiquent qu'une assistance médicale à la procréation conjugale comme le préconise la religion musulmane. Si dans les pays occidentaux, la perception de la filiation se trouve ainsi tiraillée entre deux pôles, soit entre le principe du lien librement choisi et la mystique des liens de sang (Fine, 2002, p. 75), en Algérie, le droit de la famille en matière de la PMA apparait le domaine le moins affecté. Ce qui fait, d'elle, une spécificité.

²⁶ Article 2 du chapitre III du titre IV de la loi sanitaire.

²⁷ Art. 11. La loi n° 84-11 du 9 juin 1984, susvisée, est complétée par l'article 45 bis rédigé comme suit : « Art. 45 bis : Les deux conjoints peuvent recourir à l'insémination artificielle. L'insémination artificielle est soumise aux conditions suivantes : Le mariage doit être légal. L'insémination doit se faire avec le consentement des deux époux et de leur vivant. Il doit être recouru aux spermatozoïdes de l'époux et à l'ovule de l'épouse à l'exclusion de toute autre personne. Il ne peut être recouru à l'insémination artificielle par le procédé de la mère porteuse ».

Les professionnels interviewés rappellent que le recours aux techniques de la PMA n'est permis que si un certain nombre de conditions sont réunies. La préservation de la descendance fait partie des questions essentielles de la religion Islamique : l'honneur, la religion, la personne et les biens matériels. L'enfant doit être impérativement affilié à son père biologique car la paternité est une question sacrée. La première condition exige que le couple soit en âge de procréer et doit être marié civilement. La deuxième consiste à ce que l'ovule de la femme doit être fécondé avec le sperme du mari, selon les préceptes de l'Islam.

La législation de la procréation médicalement assistée en droit musulman est une illustration du rôle important du mariage en matière de filiation. La PMA est le lieu par excellence des instances religieuses. Le droit religieux est en grande partie un droit élaboré à la suite des interprétations des textes sacrés de l'Islam vers les 9 et 10^{ème} siècle, caractérisé par le dynamisme de son interprétation en offrant une solution à toute forme d'hypothèse. Sur ce point, certains médecins insistent sur « *l'Ijtihad* » défini par l'effort intellectuel en la matière. *L'Ijtihad* est une initiative jurisprudence qui permet la réflexion et qui élimine toute solution figée en autorisant l'évolution du comportement des croyants musulmans pour s'adapter aux prodigieux progrès dans le domaine de la médecine et de la biologie » (Robleh, 2014, p. 47). La procréation médicalement assistée et la recherche embryonnaire occupent une place importante dans les débats des philosophes, biologistes, médecins, juristes et religieux.

En comparaison à d'autres sociétés, la réforme de 2005 ayant modifié le code de la famille a apporté des solutions à la question de la licéité du recours à la PMA. En revanche, certains pays comme le Maroc et le Sénégal sont encore en stade de la réflexion d'un projet pour régler la question. Cette pratique existe dans ces pays, mais sans support juridique. Elle est prise en charge par la profession médicale. Cette absence de législation, pour ne pas dire cette indifférence, suscite la polémique entre conservateurs hostiles à ces techniques jugées menaçantes pour le système de parenté, broyant les principes fondamentaux de la société et le côté réformateur qui y voit une opportunité atténuant la douleur de la stérilité.

En effet, la logique de préserver les valeurs de la société a conduit le législateur à limiter le recours à la PMA. C'est pourquoi le couple désireux d'y recourir doit remplir un certain nombre de conditions posées par la loi. Celle-ci s'inscrit le recours dans un cadre matrimonial. Le nouvel article N°45 bis de l'Ordonnance n° 05-02 du 27 février 2005 du code de la famille indique que la PMA est conçue pour remédier à une infertilité d'un couple et éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué, le couple doit être vivant, et en âge de procréer

et consentir préalablement le transfert de l'embryon et à l'insémination. La prénance thérapeutique dans la PMA se présente donc comme le reflet de la norme sociale procréative. Cette norme indique que le couple hétérosexuel doit être légalement marié.

La norme d'âge de procréer est de l'ordre du non-dit. Le législateur algérien n'a pas spécifié une limite d'âge. Peut-on déduire que les techniques de procréation médicalement assistée seraient réservées aux femmes «en âge de procréer, c'est-à-dire avant la ménopause» ? Si cette condition est vraie, l'âge de la ménopause varie d'une femme à autre. Cependant, la CNAS (caisse nationale d'assurance sociale) limite l'âge de procréer à 43 ans. Au-delà de cet âge, la femme n'ouvre pas droit aux assurances maladies. Les femmes âgées plus de 43 ans sont admises aux centres de PMA, mais elles ne bénéficient pas du remboursement de la sécurité sociale. Par contre, pour l'homme, aucune limite d'âge n'est soulevée. Et si la loi ne fait de condition d'âge, le consentement doit obligatoirement être éclairé. C'est aussi le même cas pour la loi Tunisienne. En comparaison avec la France, le droit français impose un délai de réflexion d'un mois au cours duquel la renonciation est possible mais unilatérale. Le système mis en place par l'Algérie et la Tunisie est souple, puisque la PMA est possible dès que le consentement est donné.

L'article 45 bis cité ci-dessus démontre que la filiation naît de la conjonction sociale et biologique. Cet article prévoit que « l'insémination artificielle doit se faire avec le consentement des deux époux et de leur vivant. Il doit être reconnu aux spermatozoïdes de l'époux et de l'ovule de l'épouse à l'exclusion de toute autre personne. Il ne peut être recouru à l'insémination artificielle par le procédé de la mère porteuse ». Cet article respecte le système religieux musulman de parenté fondé sur le mariage et le lien du sang.

Dans la même optique, la fécondation *in vitro* n'est pas interdite à partir du moment où les gamètes réunies dans une même éprouvette sont celles issues des époux eux-mêmes. L'absence du mariage est un obstacle à la réalisation de ces techniques reproductives. La prééminence et la pérennité de la filiation paternelle légitime, semblent pour le législateur présenter les meilleures garanties pour la stabilité des familles. Il refuse donc toute forme de procréation artificielle avec des gamètes étrangères au couple marié.

L'interdiction à l'égard de la maternité de substitution (mères porteuses) est posée elle aussi dans la loi tunisienne du 7 Aout 2001 dont l'article 15 prévoit que l'embryon conçu dans le cadre de la médecine reproductive ne peut être placé, à quelque titre que ce soit, dans l'utérus d'une autre femme. Cette pratique est interdite par les deux pays. Néanmoins, d'autres pays arabo-musulmans (Egypte, Iran, Jaurdanie...), enclins par l'innovation en matière de sciences

religieuses et juridiques ont pu autoriser le recours aux mères de substitution. Dans la thèse de Robleh, (2014), dans la page 45, il rapporte que l'étude de Ben Hamida consacrée aux rapports entre bioéthiques et la morale musulmane, estime que la gestation pour autrui (GPA) pourrait être admise dans la seule hypothèse est que la génitrice et la gestatrice sont unies maritalement à un même époux. L'ouverture d'une telle brèche suppose de comprendre les structures de la parenté dans le monde arabo-musulman où traditionnellement la filiation est agnatique. La pratique des mères de substitution dans un cadre de la polygamie pourrait trouver un appui et ne pas porter atteinte à la filiation paternelle.

L'article 45 bis du code de la famille algérienne semble catégorique. Il ne prévoit aucune nuance en refusant systématiquement cette pratique même dans le cadre de la polygamie. Les couples unis par un mariage religieux n'ont pas accès. Nous l'avons observé au cours de notre recherche. Nous avons été témoin d'une situation où un couple marié par la « Fatiha²⁸ » a été exclu du recours à la PMA. L'éthique biomédicale et musulmane ne permet pas le recours aux techniques de l'assistance médicale à la procréation avec des cellules autres que celles des conjoints eux-mêmes. « Le rôle des substances vitales comme le sperme et le sang permet de rendre intelligible le système de filiation. La conception de ces substances surtout celle du sperme nous permet de comprendre pourquoi le sperme est indispensable en dehors du couple. Il est considéré comme une eau qui donne la vie en venant arroser le corps de la femme considéré comme un champ exclusif du mari d'où générera sa descendance future » (Fortier, 2001, p. 100). Il développe les conditions permettant d'établir la paternité. On ne peut attribuer au second mari l'enfant d'une femme répudiée ou veuve, qui serait né des œuvres du premier. La femme doit attendre, avant de se remarier, le terme d'une période de viduité (*El Idda*).

Or, et sous d'autres formes, le droit Iranien est si particulier à propos la question du don. Il interdit le don de sperme par contre il autorise le don d'ovule depuis 2003. Cette disposition juridique du droit Iranien permet de recourir à une autre forme de pratique, que nous pouvons appeler l'adultère par un don d'ovocyte. Dans un colloque international, auquel nous avons participé, une sociologue Iranienne intéressée à la question, précisera qu'un homme célibataire ou marié qui souhaite avoir une relation sexuelle légitime avec une femme célibataire peut contracter un mariage à durée déterminée : le contrat du mariage dit temporaire ou (mariage *El mut'a*). La durée du mariage durera le temps du processus médical de procréation. Youssouf Ali montre que « le droit Iranien est singulier concernant le don des substances vitales, le don de sperme est interdit alors que le don d'ovule est autorisé. Il permet de contourner l'adultère par un

²⁸ Le mariage par « La Fatiha » est un mariage religieux. Il n'est pas régulé par une institution d'état civil.

don d'ovocyte. Le mariage temporaire entre une femme célibataire et un homme marié peut contracter un mariage dit temporaire ou (*mut'a*), assorti de témoin et comportant le versement d'une dot, pour une période donnée sans que ce mariage soit rendu public par une cérémonie. Il importe peu que l'homme qui contracte ce mariage soit lié par un mariage précédent, puisque la polygamie est autorisée ; en revanche la femme doit être célibataire» (Roubleh, 2014, p. 47). Ce type de mariage constitue un moyen favorable de rendre licite l'union des substances vitales qui résulte du contrat entre le sperme de l'homme et l'ovocyte de son épouse.

Le catholicisme prohibe officiellement tout recours à ces techniques de procréation médicalement assistée au motif qu'elles vont à l'encontre de l'ordre naturel. L'islam, par contre, admet la primauté d'une fin supérieure selon le principe juridique musulman «nécessité fait loi ». D'un point de vue Islamique, Al Atrach (2006), a montré que le musulman a l'obligation d'obéir aux lois de l'État où il réside, mais si celles-ci lui donnent le droit de choisir, il devra choisir ce qui est acceptable en Islam. Il devra utiliser des méthodes licites d'un point de vue islamique. Les juristes musulmans contemporains abordent cette question depuis près de vingt ans et concluent par consensus que l'insémination artificielle avec le sperme du mari et pendant la vie conjugale est licite (Al Attrach, 2006, p. 153).

Ces nouvelles méthodes procréatives ne peuvent se développer dans une société que si les structures de celle-ci l'autorisent, car elles peuvent remettre en cause certains rapports de pouvoir, de genre, des structures mentales de la société. A contrario, elles peuvent bousculer les structures de pensées et conduire au changement. C'est l'exemple de la contraception. A présent les nouvelles techniques de la procréation touchent aux idées ancrées de la société : la sexualité, la virilité, la féminité, la filiation et la transmission génétique.

Dans les institutions étudiées, les praticiens de la PMA confirment que les interventions sont effectuées avec les propres gamètes du couple. *« C'est une pratique intraconjugale que ce soit pour une insémination artificielle ou pour une fécondation in vitro, on n'a pas le droit de faire un don d'ovocytes ou don d'embryons, même pour les coépouses, le même homme marié à deux ou trois épouses on n'a pas le droit d'utiliser les ovocytes on n'a pas le droit d'utiliser le don ; dans certains pays musulman le don d'embryon est toléré mais chez nous on n'a pas le droit de sortir du cadre du couple ce sont les gamètes du couple et ce sont les embryons du couple... c'est vrai, pour une même religion même la France et la Belgique ils n'ont pas les mêmes droits ».* (Médecin de la reproduction).

L'éthique biomédicale ne permet pas le recours aux techniques de l'assistance médicale à la procréation avec des cellules autres que celles des conjoints eux-mêmes. Le recours à la procréation médicalement assistée est envisagé à condition que certains principes islamiques soient pris en compte. La position du législateur et celle du religieux algériens consiste à autoriser toute technique médicale à la procréation réalisée dans un cadre conjugal et à interdire l'utilisation de gamètes d'une personne étrangère au couple. En effet, les banques pour don de sperme sont inexistantes et interdites en Algérie. Un tel procédé est assimilé à un acte d'adultère. Même chose pour le cas du choix du sexe de l'enfant, une pratique également interdite. Les médecins témoignent que certains patients libérés des scrupules religieux et qui ont les moyens, se rendent à l'étranger. La législation de ces pays a évolué. C'est le cas de la Jordanie, pourtant pays musulman. Dans une étude relativement ancienne qui remonte à 1982, et intitulée: « Difficultés des hommes Nord-Africains durant la donation de sperme » (Madani-Perret, et Zohra, 1982, cité dans Sellahi, 2010) a abordé les difficultés psychologiques et le choc culturel violent liés à la procréation médicalement assistée, et notamment le don de sperme chez les hommes ou l'insémination artificielle avec donneur, dans une société du Maghreb, voir le choix de l'éthique. Certains couples quittent le pays pour aller à l'étranger et recourir à ces techniques loin du regard de leur entourage.

La fécondation in vitro réalisée dans un cadre conjugal, avec du sperme du mari et d'ovocytes provenant de sa femme légitime, qu'elle que soit une femme musulmane, chrétienne ou juive, serait aussi tolérée. Cependant, certains ulémas considèrent qu'une procréation utilisant des ovocytes ne venant pas de l'épouse, est illicite, puisqu'elle fait intervenir une personne étrangère au sein du couple. De ce fait, le don de sperme, que le donneur soit anonyme ou connu, est interdit par l'Islam. Il n'y a donc pas possibilité de recourir au don de sperme, ni à celui d'ovules, ni à celui d'embryons. La protection de la filiation (*Ennassab*) est sacralisée. C'est dans cet esprit que le délai de trois mois et dix jours est impératif avant que la femme divorcée ou veuve puisse se remarier. L'objectif est d'éviter les situations de flou quant à la filiation. La loi juridique ne peut pas déroger à ce principe. L'éparpillement des corps dans le processus de procréation médicalement assistée traduit un éparpillement symbolique de la filiation (Le breton, 1999). Dans ce sens, ce transfert de matières corporelles oblige à repenser les charges symboliques des gamètes. « Quand des matières corporelles quittent un organisme pour s'incarner dans un autre corps, elles obligent à redéfinir le statut anthropologique et juridique du corps » (Andrieu, Bernard & Boëysch, Gilles, 2008, p.155).

La filiation est de type unilinéaire et patrilinéaire. Les liens de consanguinité biologiques, représentent la base sur lesquels se tissent des liens socialement reconnus entre les membres du groupe et de la communauté de référence. La filiation devient ici un « fait social total » c'est-à-dire qu'elle ne peut être appréhendée au seul niveau biologique. Comme le note M. Mauss, elle met en branle, dans certains cas, la totalité de la société et de ses institutions » Bettahar, Y, 2007). Françoise Héritier (1985), dans son article : « La Cuisse de Jupiter : Réflexions sur les nouveaux modes de procréation », montre que « la filiation n'est jamais un simple dérivé de l'engendrement ». Si aujourd'hui, grâce aux progrès scientifiques, de nouveaux modes de procréation sont mis au point ou sont en voie de l'être, il ne s'ensuit pas qu'il faille inventer de nouveaux modes de filiation puisque aussi bien des institutions présentes dans des sociétés diverses ont permis à celles-ci de résoudre les problèmes de la stérilité.

Dans une approche anthropologique, la filiation est régit par la loi qui institue le lien légal permettant d'inscrire une descendance dans une généalogie et de lui attribuer un état civil. Cela ne peut se faire que par le mariage qui constituait le pivot central de la construction sociale, juridique et symbolique de la filiation. Les couples s'approprient l'AMP en rapport avec le contexte accessible sans entrer en conflit avec les valeurs culturelles ou religieuses. L'ordre social favorise toutes les techniques reproductives à condition qu'elles s'appliquent sur des gamètes venant de l'homme et de son épouse. L'interdit de procréer par don en islam a été étudié par Fortier (2013). Son analyse démontre que la condition d'existence de la paternité sociale est indissociée du fondement biologique. L'islam sunnite ne peut par ailleurs reconnaître un père biologique parce que celui-ci ne peut-être que l'époux de la mère.

Selon A. Ossoukine (2007), « Les questions posées à l'éthique médicale sont intimement liées à la vie, à la sexualité, la mort et donc étroitement liées à la religion, mais pas seulement. Depuis une vingtaine d'années, des autorités religieuses en Afrique du nord comme au Proche et Moyen Orient, se sont auto-saisies pour répondre aux questions posées par le développement des techno-sciences et leur application sur la personne. Or, la religion ne peut être qu'une des sources de la réflexion éthique ou plus exactement une référence d'inspiration pour ses auteurs.

Si les problèmes moraux posés par le développement des biotechnologies trouvaient leurs réponses dans les textes divins, la bioéthique n'aurait pas de raison d'être. En entrant dans le dialogue qu'implique la bioéthique, la religion se trouve soit en duel soit en convergence avec les autres disciplines ». (A. Ossoukine, 2007, p. 169). L'application de la procréation assistée et la recherche embryonnaire dans les pays arabo musulmans soulève encore beaucoup de questions qui mériteront une analyse approfondie dans un autre travail que celui de notre thèse.

Nous pouvons souligner que les règles religieuses sont ancrées dans les textes législatifs relatifs à la médecine reproductive sans laisser à la science une perspective d'ouverture.

« L'Islam n'est pas contre la science, c'est bien de trouver du traitement de l'infertilité comme celui des inséminations artificielles, mais qu'elle soit appliquée dans les normes c'est-à-dire un cadre conjugal légal, toute forme de procréation faisant appel à une tiers personne est considérée comme zinâ (l'adultère) et tout enfant qui en naîtrait est considéré comme Ibn zinâ (enfant illégitime), autrement dit, le recourir au don de sperme ou d'ovocyte, le don d'embryon ou encore le recours à une mère porteuse, tous sont interdits, il faut éloigner de ce mélange, de Ikhtilat dans Enaseb (la filiation), le Coran est clair, il ne reconnaît que la filiation biologique et légitime ». Enseignant en sciences islamiques et Imam dans une mosquée, 50 ans.

En Algérie, la polygamie est autorisée sous certaines conditions. Le recours aux mères porteuses est interdit. Cela est admis dans d'autres pays musulmans (tels l'Égypte, Jordanie, Iran...) à conditions que l'épouse porteuse pourra être la deuxième épouse du mari qui aura donné son sperme pour la fécondation de l'ovule provenant de la première femme. Les deux membres doivent être présents durant les actes de fécondation des gamètes ou de l'implantation des embryons. Actes pour lesquels un consentement écrit est signé par les membres du couple.

Écoutons ce juriste : *« Les professionnels de la PMA, les juristes et les oulémas ont assisté aux différentes conférences déroulées à Alger et organisées par le Haut conseil islamique pour débattre la question de l'éthique islamique et l'assistance médicale à la procréation. Ils ont appelé à l'adoption par chaque pays maghrébin d'un registre national de l'AMP qui obligerait chaque centre à avoir un registre exploitable consignait les résultats de chaque centre et qui puisse être contrôlable par les services concernés. Ce registre doit être identique dans tous les pays du Maghreb ».*

La question de la norme religieuse est fortement évoquée dans le discours des couples. Les valeurs ont un ancrage dans les consciences et les mentalités. Le mariage est considéré comme la « seule source légitime de faire une famille. Selon les couples interviewés, lorsqu'un couple envisage comme solution la PMA, seule l'utilisation du sperme du conjoint est acceptée. Pour éviter toute atteinte à la filiation, certains hommes évoquent leur choix de consulter les centres de PMA arabe et maghrébin plutôt que les centres européens. Cela n'exclut pas qu'il existe d'autres couples qui décident de recourir à la PMA en Belgique et l'Espagne. Écoutons ce jeune homme ingénieur en informatique et responsable d'une entreprise :

« Ma femme m'a proposé d'aller à l'étranger, oui, j'ai la possibilité d'y aller, ce n'est pas un problème d'argent, mais je refuse, euh ben je refuse parce que je ne suis pas sûr des produits fertilisants, et si le sperme serait le mien.... Je refuse toute remise en cause des bases de ma cellule familiale.... il faut bien accepter de vivre sans enfant plutôt de s'engager dans le flou et le déséquilibre familial et social...!!!. (Kamel, Chef d'entreprise, 45ans).

Les couples ne reconnaissent que la filiation biologique. Ils considèrent que 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. Il influe fortement sur le statut parental. Il entre en conflit avec les normes, les valeurs culturelles et sociales.

L'expression récurrente de la majorité des couples est la suivante : « le sperme est sacré ». Il ne peut être donné au profit d'un autre couple ». Toute grossesse obtenue avec du sperme étranger équivaut à un adultère. Elle entraîne automatiquement le divorce. Pour certains couples, le recours à cette technique s'opère dans la discrétion parce que son dévoilement serait à l'origine d'un conflit conjugal. Derrière cette discrétion traduit l'idéologie contraignante de l'entourage familial qui estime que ces techniques reproductives vont à l'encontre de la nature humaine et le doute de la filiation de l'enfant persiste.

En outre, l'entrée dans la PMA est déterminée par les valeurs sociales et du genre car « les représentations du genre de l'infertilité sont restés très proches d'un modèle traditionnel []. Les normes religieuses de genre contribuent ainsi à configurer des représentations de la virilité, de la féminité, tant du côté des patients que du corps médical. Le travail de ce dernier peut contribuer à l'agencement entre norme religieuse et norme sociale » (S. Mathieu, 2013, p. 31).

En effet, l'enquête sociologique menée par Séverine Mathieu en (2009-2010) et réalisée au centre de conservations des œufs et du sperme humain à vocation de préserver la fertilité et dans un service de biologie de la reproduction, a montré que les patients sont conscients des risques et les dérives de cette pratique notamment l'eugénisme dans l'embryon. Ils mettent en place des référents en élaborant une morale de « situation ». C'est-à-dire une morale pragmatique et rationnelle traitant le cas par cas. Il ne s'agit pas de la morale au sens de la religion que donnait Durkheim à la morale individualiste des sociétés modernes.

3. Les techniques de la PMA : Une reproduction des normes sociales.

Malgré les mutations et des transformations qu'a connues la société algérienne relatives à la montée de la scolarisation des filles et le travail de femmes (Kateb, 2016), l'imaginaire patriarcal reste encore dominant dans la société algérienne, et participe au maintien des inégalités de genre. « La mère féconde est l'image projetée sur l'idéal absolu de la maternité, grossesse et allaitement (Souad Khodja et Andrée Doré-Audilibert, 1998, p.56). En donnant des enfants, la femme n'aura pas son statut d'épouse mais plutôt un statut de mère. Cette représentation caractérise fortement l'imaginaire patriarcal légitimant et produisant des normes situant les personnes dans une lignée généalogique destinée à se reproduire.

L'assistance médicale à la procréation va aider les femmes à se conformer aux normes de la société dont elles appartiennent. « L'action de la société se traduit par une série de normes, de règles et de valeurs qui définissent l'ensemble des représentations liées au corps féminin et masculin pour contrôler l'évolution normalisée des conduites de l'individu et de l'obliger à être conforme aux modèles sociaux » (Fsian, 2015). Les femmes se conforment aux valeurs sociales et normes religieuses de la société algérienne. Elles font tout pour ne pas dévier de ce conformisme prégnant dans la société. En effet, il semble important de rappeler que l'Algérie, comme d'autres pays, produit un étiquetage très discriminant à l'égard d'une femme infertile. Etre « stérile » empêche la lignée de se reproduire dans la mesure où la femme est considérée comme un support biologique de la lignée. Elle est frappée d'invalidité sociale si elle est stérile puisqu'elle n'a pas rempli sa fonction pour laquelle avait été demandée en mariage » (Addi, 1984, p : 14). L'absence d'enfant est synonyme de stigmatisation et de marginalisation pour les femmes car la reconnaissance sociale passe avant tout par la maternité (Fine, 2001 : p 26).

L'absence d'enfants, disqualifie la femme dans la société. Cette disqualification est de l'ordre de la visibilité durant les interactions avec autrui (Goffman, 1975). Les femmes sont conduites à l'isolement et à la marginalisation durant les fêtes traditionnelles parce qu'elles se perçoivent déviantes par rapport aux autres qui enfantent. Rozée et Maguy montrent que les femmes se définissent elles-mêmes comme déviantes par rapport au « normal », qui est de faire des enfants (Rozée et Maguy, 2012 : p 23). Ecoutons Fatima âgée de 41 ans, mariée depuis 10 ans, a tenté trois inséminations et une FIV, raconte : « *Souvent, dans un mariage lorsque je rencontre des jeunes femmes, qui se sont mariées quelques mois après moi, sont tombées*

enceinte ou encore lorsqu'on m'invite à la guasaa²⁹, nfesse³⁰ ou t'hara³¹, je ne supporte pas le regard et les discours des autres femmes, j'étais tout le temps interrogée, elles te mettent de la pression à un point où tu te sens hors catégorie... Donc il faut bien les éviter et ne pas partager avec elles ces moments, qui refuse des moments pareils ? Mais, les gens t'obligent... ».

Cette aide médicale vient pour traiter la « faille » des rôles sociaux comme disait Bidart, (1997, p. 53). « Ces normes contribuent à configurer des représentations de la virilité, de la féminité, tant du côté des patients que du corps médical » (Mathieu, 2013, p. 31). Un couple voudrait un enfant pour être dans la norme. Pour ces femmes, lorsqu'un couple se marie, la question d'avoir un enfant s'impose. Vouloir un enfant fait partie de l'idéal social et familial. Accéder à ce personnage de mère, la femme accèdera au statut social de pouvoir. Le recours des femmes aux techniques d'AMP est en réalité indissociable de ce devoir familial profondément incorporé dans leur corps social, qui consiste à accéder au statut de mère.

Ainsi Inhorn (1996, 2003, 2012), s'est longuement intéressée à la question de la masculinité dans le monde arabe (2012). Elle s'est focalisée sur la question de la famille patriarcale comme variable importante dans le problème de l'infertilité masculine précisément la réaction de la famille et de la belle-famille à l'annonce du diagnostic d'infertilité, et des pressions familiales.

Lorsque l'enfant ne vient pas, il devient un problème où l'aide médicale va créer chez la femme une adaptation avec son environnement social. Pour ces femmes, le désir d'être mère est contrarié par un obstacle qui, peu à peu, devient insupportable. D'ici, le désir d'enfant est entendu par un désir de descendance et de la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité. C'est l'assistance médicale à la procréation qui va répondre à cette exigence d'enfant et permettre aux femmes de se conformer à leur rôle attendu. Ce désir d'enfant n'échappe pas à l'emprise de la famille qui influence la décision du couple au sujet de la procréation. Car la famille demeure un lieu privilégié d'appartenance, de transmission et de socialisation. Ce devoir d'avoir un enfant, est donc soumis à cette conformité et à l'ordre social. Les femmes déplorent que ces valeurs de conformité aux modèles culturels de fécondité et ces volontés de transmission les conduisent à accepter activement les techniques reproductives de la PMA.

²⁹ *Guasaa* : c'est célébrer une fête de nouveau né.

³⁰ *Nfess* : fêter le 40^{ème} jour après la naissance de l'enfant.

³¹ *T'hara* : c'est la circoncision de l'enfant

Les femmes produisent tout un imaginaire négatif sur les risques liés aux techniques de l'AMP sur le plan physique et psychique. La méfiance semble être de rigueur. Pour ces femmes, leur santé est en jeu dans cette expérimentation technique, en évoquant explicitement la maladie du cancer et les malformations génétiques de l'enfant qui émergent de l'usage de ces techniques. L'enjeu de la génétique et le développement biomédical s'ajoute à la méfiance et au doute du couple sur les liens de filiation de l'enfant et le lien du sang. En effet, la filiation, le *nasab*³², au sens biologique sous entend comme une représentation sociale du corps, de la procréation et de ses substances. Cependant, les techniques reproductives impliquent un caractère associé à l'idée qu'une conception humaine puisse avoir lieu à l'extérieur du corps de la femme comme disait Gavarini (2002, p 84) : « Tant la fonction médiatrice de la médecine que l'introduction de la technique et de la science biomédicale au coeur de la relation sexuelle et conjugale ne semblent plus faire flamber les passions, ni même provoquer de réserves ».

4. La PMA pratiquée exclusivement dans le secteur privé

Les centres privés³³ de la PMA ont en grande partie le monopole des techniques de la reproduction (insémination, FIV, ICSI, congélation), effaçant toute concurrence avec l'hôpital public. A l'hôpital, le personnel de santé n'hésite pas à conseiller et à orienter les patients vers tel ou tel centre privé de la PMA n'étant pas doté de l'ensemble des techniques. Il n'hésite pas également à les orienter vers un tel laboratoire d'analyse privé (analyse du sperme). Selon Mebtoul (2004), l'un des glissements importants observé au cours de la dernière décennie dans le champ de la santé en Algérie, est lié à la montée importante du secteur privé au pluriel qui élargit sans cesse ses différentes activités de soins. Au-delà de ses aspects quantitatifs, illustrés par une majorité de spécialistes exerçant dans les structures de soins privées (51 %) et la création depuis la décennie 1990 d'une centaine de cliniques privées et plus de deux cents en projets, les transformations dans le champ de la santé semblent indiquer une recomposition des rapports entre les pouvoirs publics, les médecins du secteur dit public et celui du privé.

En outre, le secteur privé reste assez mal connu des autorités et les données le concernant sont incomplètes. Les recherches conduites par le sociologue Mebtoul (2004), portées sur la

³² L'enfant doit être impérativement affilié à son père biologique.

³³ L'Agrément d'un centre de PMA est accordé pour une durée de 5 années. Les établissements pratiquant l'AMP sont tenus de transmettre à l'autorité sanitaire un rapport annuel de leurs activités. Le modèle du rapport annuel d'évaluation des activités d'assistance médicale à la procréation recommandé en Annexe 2 dans l'instruction ministérielle n°300 du 12/05 2001. L'instruction prévoit également la mise en place d'un comité d'évaluation en collaboration avec les services de la Direction de la Population.

sociologie de la santé ont donné un apport original à ce sujet. Le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif dans sa composante « cliniques privées » mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public » (Zehnati, 2013, p. 196). L'extension des centres privés de PMA a pu s'opérer grâce à une importation massive de la technologie médicale assurée par les médecins et les biologistes (spécialiste en reproduction), qui n'hésitent pas à investir dans la médecine reproductive, en assurant une formation à l'étranger avec leur propres moyens. Dans son étude sur les cliniques privées, Zenati (2013) a montré que les spécialités investies par les cliniques privées, la chirurgie générale est fortement représentée, la gynécologie et l'obstétrique étaient les premières spécialités investies juste après l'ouverture du secteur de la santé à l'investissement privé.

Plusieurs éléments obligent les femmes à choisir le centre d'AMP. La réputation de la clinique est un critère central dans le recours à la pratique de l'AMP. Souvent ces femmes associent le taux de réussite à la compétence médicale du gynécologue. Un gynécologue compétent est celui qui a un savoir en matière de la PMA. La formation du gynécologue en matière de l'AMP est souvent évoquée chez ces femmes. Ces techniques doivent être parfaitement maîtrisées par le gynécologue. Leur formation doit atteindre un niveau de compétence suffisant sur les procédés qui sont encore au stade expérimental.

Les patients sont orientés par des professionnels du secteur public. Le discours des patients traduit leur mécontentement concernant l'absence des techniques : la fécondation in vitro et l'ICSI dans le secteur public. Les responsables des services de la maternité renvoient cette absence » temporaire » à la lourdeur financière des techniques d'AMP, apparaissent pourtant secondaire quand le taux de succès oscille entre 15 et 25 %. La politique de santé publique donne en premier lieu la priorité à d'autres pathologies et maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, hypertension, la maladie cardio-vasculaire et autres. En deuxième lieu, elle s'inscrit dans une logique malthusienne qui rend moins supportable la naissance de la population.

« Je pense que la pratique de l'AMP exige un dispositif humain et matériel énorme, c'est-à-dire que l'état doit mettre un grand paquet dans l'achat de l'équipement matériel, dans la formation du professionnel de santé pour avoir une bonne maîtrise sur le plan médical et technologique, mais je pense que l'Etat n'est pas en mesure de faire tout, et peut être pour les décideurs l'Algérie n'a pas un problème de fécondité, vu la croissance démographique actuelle... »
(Urologue, 53ans).

Les centres privés de PMA continuent donc de se renforcer dans le domaine de la santé reproductive. La croissance forte des cliniques privées se concentre principalement sur le secteur de la Chirurgie et de l'Obstétrique. Le modèle économique des cliniques induit ainsi une présence ciblée sur certaines activités voire sur certains segments professionnels rentables financièrement. « On penserait même à un partage relatif des activités entre le secteur public et le secteur privé (Zehnati, 2012). Ces institutions médicales privées constituent un acteur à part entière vu le poids économique qu'il représente et par la place qu'il occupe au sein du système de santé. Les centres privés pour AMP sont un lieu d'innovations organisationnelles au sein duquel les formes d'action collective ne cessent de se transformer sous l'impulsion première d'un acteur central en l'occurrence le médecin (Claveranne, Pascal et Piovesan, 2003). Ceux-ci sont d'abord une entreprise de main-d'œuvre et de haute technologie. Ils se situent au niveau de l'amélioration des moyens de diagnostic et de traitement qu'elle procure, et au niveau de l'organisation à mettre en œuvre pour répondre aux nouvelles pratiques qu'ils induisent. La concentration de matériels plus en plus lourds et sophistiqués en un même lieu consacre en revanche le rôle central du plateau technique dans la prise en charge du patient.

La procréation médicalement assistée est pratiquée exclusivement dans le secteur privé. « Le privé se substitue au secteur public dans une société qui s'ouvre à l'économie de marché. La venue des spécialistes étrangers, l'importation de l'équipement de haute technologie et des médicaments coûteux, traduisent bien l'instauration d'un véritable marché de la stérilité. Ce dernier représente un secteur lucratif qui intéresse l'industrie pharmaceutique et les laboratoires » (A. Benabed, 2010). Les travaux de Mebtoul (2004) sur les cliniques privées et les facteurs émergents ont bien montré l'adhésion de l'Etat aux nouvelles réformes notamment le programme d'ajustement structurel avec l'appui de la Banque Mondiale. On assiste à « la captation par le secteur privé des soins d'une majorité de médecins spécialistes (gynécologues, cardiologues et chirurgiens) jouissant d'une expérience appréciable à l'hôpital ». L'attribution des moyens techniques les plus récents (IRM, Scanner,...etc.) du secteur privé alors qu'ils sont souvent soit en panne soit inexistant à l'hôpital, encourage les médecins à exercer dans le secteur privé. En effet, les médecins gynécologues et urologues des cliniques de la PMA ont exercés leur fonction le secteur public avant d'être intégrés dans le secteur privé. Certains y travaillent temporairement. « Le double investissement des deux secteurs où la nature du service est la même et donc en compétition permet aux médecins l'élaboration de stratégies individuelles d'adaptation (coping strategies) dans leurs interactions

avec le marché des soins pour maximiser leur utilité » (Zehnati, A, 2013, p. 202). Ainsi, l'offre privée de médecins dépasse celle du secteur public (Zehnati 2010). La technologie importée par les centres de la PMA impose des moyens financiers très importants.

La procréation médicalement assistée oblige à l'acquisition des médicaments produits par les laboratoires anglo-saxons. Ces centres privés disposent d'équipements d'imagerie médicale les plus coûteux. Cette dynamique s'opère dans un contexte de transition économique qui reste encore inachevée, sociologique avec une urbanisation et épidémiologique.

On rappellera que la procréation médicalement assistée est une spécialité qui n'est toujours pas enseignée dans les facultés de médecine. Les médecins comptent sur eux-mêmes pour se former à l'étranger et appliquer cette technique en Algérie. Les médecins insistent sur l'impératif d'enseigner la procréation médicalement assistée au moment de la formation universitaire du gynécologue pour lui permettre de la mettre en œuvre à l'hôpital.

Les coûts de ces inséminations artificielles ou des injections *in vitro* demeurent excessifs et non remboursés par la sécurité sociale. La question financière est importante. L'expansion du secteur privé a eu des impacts sur les paiements directs des couples dans la mesure où les actes médicaux et chirurgicaux effectués dans les structures privées de soins sont mal couverts par le système de sécurité sociale. Les taux de remboursement sont très faibles. Les couples dépensent beaucoup plus (en dehors des médicaments remboursés) que les tarifs de remboursement en vigueur. « Les tarifs qui servent de référence au remboursement par la Sécurité Sociale sont gelés depuis 1987 et ne reflètent plus les coûts réels supportés par les ménages » (Zehnati, 2013, p. 204). La PMA a un coût important. La sécurité sociale rembourse le traitement de l'infertilité mais l'acte de la fécondation *in vitro* n'est pas pris en compte. Car elle ne le considère pas toujours comme un acte médical. La PMA n'est pas incluse dans la nomenclature des actes des médecins. Seuls les frais liés aux médicaments sont remboursés, de même pour le Maroc : aucun système de couverture médicale ne prend en charge les frais de la PMA. La Tunisie est le seul pays maghrébin qui assure la prise en charge de la PMA : deux tentatives sont totalement remboursées.

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. Écoutons ce médecin : « *Le prix des traitements prescrits varie du simple au double. Il se trouve qu'une même molécule avec la même efficacité est vendue à deux prix différents. Un*

laboratoire la propose à 3 700 DA et un autre à 7 000 DA. Un cycle de traitement revient alors pour l'un à 40 000 DA et pour l'autre à 80 000 DA ».

Il est important d'insister sur le désarroi des couples infertiles. On est en présence de forte inégalité entre eux. *« ... il y a des couples qui sont vraiment dans le désarroi, nous on a ...peut être une ségrégation au niveau de notre société, on a des couples qui ont une prise en charge par exemple les militaires, ils ont une prise en charge à 100% sur trois tentatives, et donc il y a des femmes qui sont complètement perdues ».*

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. Le non-remboursement des actes médicaux freine l'extension de cette pratique de PMA. Il ne permet pas à tous les couples de multiplier la tentative en cas d'échec. 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 faible taux de réussite. Les enjeux financiers sont liés à la croissance de la demande » (Benabed. A, 2010). *« 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). Les médecins et les couples insistent pour inclure ces techniques sur la liste des pathologies prises en charge par la sécurité sociale pour trois (3) tentatives au moins. Les traitements prescrits coûtent excessivement cher et ils ne sont remboursés que pour les femmes âgées moins de 43 ans. Le procédé de la fécondation in vitro, n'existe pas également dans les chapitres des « pathologies » pris en charge par la sécurité sociale. Ce qui met les prescripteurs devant une situation gênante.

« On n'est pas tenu par la loi de faire d'abord le nombre de six insémination avant de passer en fiv, nous, on ne le fait pas, même avec les nouvelles normes de l'oms, celle qui parle de 4% qui n'est pas adoptée même en France donc nous aussi on n'est pas d'accord avec ce genre de normes , donc on travaille avec les normes de notre centre, ce sont des normes qui sont encore reconnues, c'est la première classification de Davic bon on y apporté quelques petits changements par rapport à la mobilité et à vitalité mais concernant les formes typiques des spermato là on n'a pas changé, on est resté sur les 3%, on peut prendre

un balayage de 20% de normalité mais on ne descend jamais au-dessus de 20% ; les 4% qui sont imposés par l'oms on ne peut pas les utiliser par rapport à notre population ». (Biologiste, directrice du centre fertilité).

Les couples infertiles souhaitent l'instauration d'un débat social sur l'infertilité et la procréation médicalement assistée. Djamel âgé de 47 ans, commerçant libéral insiste sur l'importance de faire connaître la PMA au public pour diffuser non seulement l'information mais également de permettre aux couples infertiles la possibilité de se soigner. Certains couples évoquent avec insistance l'implication de l'Etat pour baisser les coûts des actes de l'assistance médicale à la procréation. Par exemple Ahmed met l'accent sur la contrainte financière. Il dit : *« L'État doit subventionner l'AMP pour permettre une diminution des coûts, ça devrait venir d'en haut, des autorités, du ministère. Il faudrait sensibiliser les gens et les inviter à en parler ».* L'absence de l'état dans le domaine de l'infertilité est envisagée : *« C'est une lacune de l'État de ne pas s'occuper de l'infertilité. Ça serait au ministère de la Santé de mettre en place un volet sur l'infertilité et ça dans tout le territoire. Le ministère de la Santé doit s'en occuper de manière plus efficace ».*

De même, l'État peut rendre possible l'assistance médicale à la procréation dans tous les hôpitaux, car trop peu de médecins la pratiquent. Pour l'ensemble des femmes, la fécondation *in vitro* devrait être vulgarisée : *« ils devraient arrêter de mettre tout sur le compte des femmes ».* Elles pensent aussi que le manque d'information amène des incompréhensions autour de la PMA : *« Ici les gens sont mal renseignés sur ces méthodes. Ils ont entendu que c'est interdit par la religion, alors qu'au sein du couple ça n'est pas interdit ».* L'infertilité et la PMA visant la santé reproductive du couple est occultée par le politique. L'État semble se désintéresser de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation car statistiquement ce problème concerne peu de femmes.

5. La discrétion dans le recours à la PMA

Le recours à la fécondation in vitro s'opère dans la discrétion. La consultation gynécologique constitue surtout un espace où il est possible d'évoquer la sexualité et les difficultés procréatives. Le secret professionnel semble être respecté par les médecins. Au cours de l'interaction avec le gynécologue (femme ou homme), les couples affirment ne pas avoir informé leurs proches pour éviter les désaccords et les jugements négatifs. Ils considèrent que c'est une affaire du couple. Cela ne regarde pas leurs proches : *« J'ai l'habitude lorsque je garde mon projet ou mes intentions pour moi seule sans le partager avec d'autres personnes, j'irais jusqu'au bout et je réaliserai mon projet par contre si je raconte tout à mes proches, il n'y aura plus de confidentiel, du secret et du coup tout soit apparent et visible et rien ne se réalisera... rien ne marchera, donc par expérience je ne dis rien jusqu'au moment voulu, c'est-à-dire une fois avoir une grossesse »*.

Si certaines d'entre elles se présentent seules à la consultation, d'autres viennent avec une personne très proche soit la mère, ou la sœur, très rarement la belle-mère. Nous prescrivons quelques éléments essentiels de la sociologie de Simmel dans son analyse de la vie quotidienne (Simmel, 1996). Si la pratique de la PMA s'est insérée dans le champ médical, la « normalisation sociale » (Mellini *et al.*, 2004) a évolué lentement en raison du caractère encore très stigmatisant de cette pratique. Les femmes et les hommes concernées sont confrontées à un dilemme difficile : dévoiler le recours à l'AMP afin d'être soutenues dans leur vie quotidienne, ou se taire pour préserver le statut de discréditables (Goffman, 1963), tout en renonçant aux différentes formes de solidarité dont elles pourraient bénéficier. « Dans une relation, la personne se fait une image globale de l'autre. Mais nous ne devons pas oublier que la relation, quelle qu'elle soit, n'engage qu'une partie de la personnalité » (Watier Patrick, 2006, p. 35). Les femmes ne souhaitent pas parler de leurs difficultés à procréer avec leur entourage : *« Je ressentais un terrible sentiment d'infériorité, alors non, on a préféré le garder secret, je ne voulais pas qu'on me juge », « On a préféré se serrer les coudes entre nous. On ne voulait pas entendre de nos proches qu'il restait un espoir d'avoir des enfants naturellement, ou qu'il ne fallait pas se laisser abattre »*. Une d'elle regrette d'avoir informé ses proches : *« Nous avons mis pratiquement toute notre famille et nos amis au courant de la tentative. Il a donc fallu dire à tout le monde le résultat négatif du premier transfert, ce qui est éprouvant et engendre un certain malaise. On s'est ensuite dit qu'il était préférable de poursuivre notre parcours dans plus d'intimité »*.

En effet, la crainte d'être stigmatisé et jugé par l'entourage familial est pesante. Tout se passe comme si les couples auraient commis un « acte immoral ». Le couple conserve le secret pour éviter toutes ces questions qui peuvent rendre la vie du couple désagréable, et être à l'origine des conflits familiaux. La technique pose une double interrogation : celle de sa légitimité et celle de la détermination de la filiation de l'enfant. Les couples refusent d'aborder ce sujet d'enfant avec leur entourage. Ils ont peur du rejet social et familial, non seulement pour le couple mais également 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. Les couples cachent tous les documents ayant trait à la FIV. Parfois, ils déchirent leurs documents pour ne pas laisser de traces» (Benabed. A, 2010). Les stéréotypes de la société semblent pesants d'où les difficultés ressenties par les couples infertiles en traitement de la PMA à rendre publique leur démarche auprès de leur entourage. Le secret est cependant bien lourd à porter. Aussi, s'il est le plus souvent bien gardé d'un point de vue social ou familial, il n'est pas rare en revanche qu'un proche soit mis dans la confidence. Cette information partagée ne sera d'ailleurs pas toujours sans conséquence sur ce qui pourra être dit.

Certaines recourent aux centres de la PMA sans que leur famille le sache. En effet, dans la salle d'attente, nous avons constaté Amira prend son téléphone pour voir l'heure. Il était 11H40mn. Elle semble pressée de rentrer chez elle. Amira a rappelé sa belle mère par téléphone qu'elle ne va pas tarder, sous prétexte qu'elle va rendre visite à sa tante maternelle. Elle craint une réaction de rejet, d'être mal vue ou d'être prise en pitié.

Le secret permet ainsi aux femmes de préserver leur identité et celle du conjoint. *« Personne ne sait que je traite dans un centre d'AMP sauf mon mari et ma mère bien sûr. Ma belle famille, non, elle ne sait pas...Mais du moment où elle saura le problème sinon le recours à la fiv, je ne serai plus la même personne, je serai traitée comme hors norme...je ne peux pas lui dire, elle ne comprendra pas».*

Cette femme est médecin âgée de 35 ans et exerce dans un centre de santé à Ain Temouchent. Elle a tenté trois FIV sans pour autant informer son entourage professionnel. Elle pense que divulguer son secret peut transformer les liens sociaux.

« Là où je travaille, les mentalités sont encore tordues... J'ai caché mon recours à la fiv pour éviter les commentaires des gens, même pour mes collègues de travail. Lorsque je m'absente, je ne leur dis jamais la vraie raison de mon absence, je leur montre les certificats médicaux du

généraliste ou spécialiste mais jamais celui de l'AMP car leur certificat médical et l'ordonnance portent le logo du centre d'AMP. S'ils le constatent, ils vont savoir que je me traite pour une infertilité et donc je recours à la FIV ; par contre mon époux je pense qu'il ne fait pas de cette mise en scène puisque le recours à la FIV n'a pas d'impact sur son activité professionnelle..... En plus je sais que je ne peux être remboursée vu mon âge.... ».

L'usage du secret devient une pratique répandue chez cette femme puisqu'il répond à une « fonction de protection » (Simmel, 1996) permettant d'empêcher toutes formes de discrimination auxquelles elles risquent d'être confrontées. Cette femme devient donc comme disait Zemleni (1984), le « détenteur du secret ». Elle cache l'information aux « destinataires du secret ». Le secret est donc une information confidentielle qui ne doit pas être divulguée. Le détenteur de cette information faisant confiance aux dépositaires de cette dernière (Ferrand, 2007) et à leur capacité supposée de se taire. La force majeure du secret s'inscrit dans le lien que ce dernier crée entre les personnes qui le partagent, la confiance permettant de sceller cette relation (Ferrand, 2007). Ferrand, (2007) et Giraud, (2005) montrent que le secret est une pratique sociale qui implique une « mise en action d'un raisonnement, latent ou explicite, ordinaire ou savant mais toujours en réponse à des situations d'interaction » (Giraud, 2005, p. 253). Nous pouvons donc comprendre que le secret n'existe que dans le rapport à autrui (Mellini *et al.*, 2004),

Certaines femmes diplômées ayant une position professionnelle socialement reconnue pensent s'interdisent donc d'évoquer le suivi d'un protocole de FIV dans l'univers professionnel. Ceci pourrait porter préjudice à leur statut professionnel, voire à leur carrière.

Les femmes au foyer sont aussi conduites à ne pas divulguer le parcours dans un centre de PMA. Par contre, d'autres femmes exerçant une activité professionnelle sont prédisposées à dévoiler le recours à la FIV. Entre garder le secret ou le partager, « il est question de la mise en mots d'une réalité intime, la difficulté à engendrer, qui fait son intrusion dans un espace professionnel peu propice à l'accueillir » (Irène-Lucie Hertzog, 2011, p. 125). Le médecin gynécologue nous révèle que souvent le couple le sollicite de conserver le secret. A contrario, la levée du secret représente un point important chez certains couples cadres. La plupart des hommes s'accordent volontiers à révéler l'origine de l'enfant. Certains vont jusqu'à critiquer les autres couples qui refusent la levée du secret. *« J'avais un problème d'infertilité certes, mais avec la PMA, les médecins nous ont aidé à traiter le problème. Nous venons maintenant pour tenter une deuxième Fiv. Regardez mon fils walid âgé de 5 ans, il est né par fiv, d'ailleurs je l'ai appelé en référence au non du centre Mawloud et pour défier les gens proches et collègues qui*

pensaient que je suis incapable d'avoir un enfant... souvent je l'accompagne à la crèche, au jardin, même au travail pendant les occasions : fêtes ... ».

Les 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 optent pour le secret du recours à cette pratique, sont sous influence de leur famille, particulièrement de leurs mères respectives.

Conclusion

En Algérie, la procréation médicalement assistée comme objet sociologique semble très peu investigué. Notre étude sur ce sujet semble innovante. Il est important de souligner que le fonctionnement de la reproduction biologique repose sur des mécanismes socioculturels dominés dans la société algérienne. Situer le contexte social dans lequel se pratiquent les nouvelles technologies de reproduction semble nécessaire pour comprendre la spécificité de son encadrement socio-légal et les règles d'accès. Seule la FIV, utilisant les gamètes d'un couple marié, est autorisée par la loi. Ce contexte est marqué par l'injonction sociale à la reproduction où l'infertilité constitue un « trouble » dans le genre. L'infertilité du couple est une pathologie taboue symbolisant un manque de virilité et de féminité et suscitant la honte familiale.

Les nouvelles technologies reproductives sont toujours offertes dans les secteurs public et privé, mais certaines techniques requises sont entreprises au privé qu'au public. Certains couples appartenant à la classe moyenne et inférieure rencontrent des difficultés financières à emprunter pour faire une tentative de PMA. Si celle-ci échoue, il leur sera difficile de retenter une seconde tentative. D'autres trouvent des difficultés de remboursement. Les examens médicaux et l'intervention sont coûteux. La question du secret de l'infertilité de l'époux et le recours à la PMA est prégnante. Face aux immersions de l'entourage dans leur intimité, les couples confient rarement leurs problèmes d'infertilité à leurs familles et cela reste un secret entre eux. Parfois une ou deux personnes de la famille, comme une mère ou soeur, sont mises dans la confidence du problème d'infertilité. L'infertilité du mari représente cependant le sujet dont on ne parle jamais avec les familles. La famille est toujours en extension à la relation conjugale. Les femmes risquent à tout moment d'être « juger » en raison de l'infertilité de leurs époux. L'analyse des entretiens dévoile que femme est pensée dans les normes sociales qui la confinent à une fonction essentielle de reproduction : épouse et mère. Le pouvoir des hommes réside encore largement dans l'approbation de la fécondité des femmes. Ce contrôle est aussi révélateur de l'inégalité dans des rapports sociaux de sexe.

Chapitre 3

Le retour sur l'infertilité.

« La construction sociale de la fécondité et de la stérilité, sous-tendue par « un système symbolique de représentations qui mettent en relation, comme si cela allait de soi, le cours du monde naturel et sa reproduction, la personne humaine dans sa chair et dans son esprit, ainsi que le jeu des règles sociales » (Héritier, in Augé et Herzlich, 1984, p.124).

Introduction

Analyser l'expérience des femmes et des hommes infertiles soumis au traitement de la PMA, ne peut pas se comprendre sans opérer un retour sur l'infertilité. Le recours à la procréation médicalement assistée semble être le résultat d'une expérience dominée par des tensions et de difficultés imposées aux femmes et aux hommes infertiles. Il s'agit donc de décrypter les représentations de l'infertilité en référence au genre. Les expériences féminines et masculines sont vécues différemment. Les hommes et les femmes réagissent d'une part en fonction des normes dominantes de la société et des avancées de la médecine reproductive d'autre part. Ils font face à une succession des événements : l'annonce de l'infertilité, les traitements, les succès et surtout les échecs, le rapport aux autres, à la famille, la difficulté d'affronter un même problème à deux (surtout lorsque une femme est traitée pour une pathologie du conjoint). Nous allons nous intéresser à la construction sociale de l'infertilité comme « un système symbolique de représentations qui met en relation le monde naturel et sa reproduction, la personne humaine dans sa chair et dans son esprit, ainsi que le jeu des règles sociales » (Héritier, cité par Augé et Herzlich, 1984, p. 124).

Dans ce chapitre nous en appellerons au concept de « représentation sociale » utilisé en socio-anthropologie, dévoilant des « modèles d'interprétation » de la maladie et de la santé (M. Augé, 1984). Les représentations de la réalité des personnes sont fortement associées à leur expérience du monde. L'infertilité fait l'objet d'une réinterprétation et une représentation donnée par les couples. Elle est perçue comme un événement qui exige pour le patient une quête de cause mais aussi de sens. La maladie exige « une interprétation qui n'est jamais purement individuelle : interprétation collective partagée par les membres d'un même groupe social, mais aussi interprétation qui, au sens propre, met en cause la société et parle de notre rapport au

social, puisque la fécondité est pensée comme une donnée immédiate de la féminité » (Augé M, Herzlich C, 1984, p. 22).

Les travaux de Augé et Herzlich (1984) se sont intéressés à la santé en se distinguant la santé de la maladie : « La santé, ce n'est pas la maladie. La santé c'est ce qui est important ». Le fait de vivre une vie conjugale sans enfant rend la santé des couples fragilisée. Cette valorisation de l'enfant comme signe de santé signifie pour eux non une finalité en soi, mais plutôt le pilier indispensable de la vie qui prend son sens par rapport à l'enfant. Cette absence d'enfant est vécue comme obstacle à la santé qui est aussi subjective « être bien dans la peau et bien aux yeux des autres ». Par contre, la maladie est considérée comme une forme élémentaire de l'événement au même titre que la naissance et la mort. Ce sont des événements biologiques individuels dont l'interprétation imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale. » (M. Augé, 1984, p. 39). En effet, pour analyser l'expérience, les épistémologies féministes, de par leurs tentatives de dénaturalisation du sexe, ont effacé la question de la matérialité et de la plasticité des corps (Dorlin, Fougeyrollas-Schwebel, Rouch, 2005). Le genre est bien « un rapport de pouvoir historique et social, que nous vivons et dont nous faisons l'expérience par et dans nos corps » (Dorlin, 2005, p. 143).

1. L'infertilité : une construction sociale

L'infertilité ne se réduit pas à sa dimension médicale et physiologique. Les femmes ne parlent pas de leurs difficultés procréatives de façon mécanique. Elles sont appréhendées sous un triple aspect : identitaire, familial et social. Elle renvoie donc à un état social. L. Gavarini (1989), lorsqu'elle disait que la stérilité est une construction sociale et psychique, « avant d'être une fatalité biologique, une maladie ou un état » (Gavarini (1989, p. 133). Elle précise, dans le contexte occidental, que peu de médecins ont étudié les causes de la stérilité ou se sont penchés sur la signification symbolique du non-enfantement. « C'est donc le mode de réponse et de gestion de la « maladie » par la médecine, l'objectivation de ces fameuses « difficultés » qui créent la maladie elle-même » (Gavarini, 1989, p. 137).

Par conséquent, la stérilité est traitée comme n'importe quelle autre maladie. Elle est pourtant différente des autres maladies, d'être la conséquence d'une pathologie antérieure. En effet, Jennifer Merchant (1998) dans son article portant sur les enjeux et les politiques de la procréation médicalement assistée dans la société américaine, montre que dans la littérature médicale du xxe siècle, le couple sans enfant incarnait une «maladie de société», un «désordre et dysfonctionnement civilisationnel » impliquant des «actes d'omission de la part des femmes ».

Elle explique aussi qu'il y a une confusion entre la notion de stérilité (incapacité totale de procréer) et celle (difficultés ou délais à concevoir). Ces délais sont plus ou moins longs et dépendent des moyens utilisés avant que l'on ne se décide d'avoir un enfant. Par exemple, une se déclare en moyenne au bout de 48 mois après arrêt de la pilule, 24 mois après, le retrait du stérilet et 12 mois après le retrait du diaphragme et non-utilisation du préservatif. Cependant, l'infertilité est généralement diagnostiquée comme stérilité avant même que soient écoulés les douze mois requis en moyenne pour concevoir sans utilisation préalable de contraception. Confronté à un tel diagnostic, un couple a volontiers recours sans tarder à la PMA, perçue comme étant un « soin médical ». « Ni la stérilité ni l'infertilité ne sont en fait définies comme des maladies » (Merchant Jennifer, 1998, p. 50). La réaction du couple semble résulter, d'une part, de la « publicité » au jour des nouvelles technologies et d'autre part, d'une réaction psychologiquement compréhensible face à un problème que seule la médecine semble en mesure de résoudre.

Actuellement, la médicalisation traite « le défaut d'enfant » (Élise de La Rochebrochard, 2006) comme un symptôme organique et dont la médecine peut en principe à y remédier. Les spécialistes parlent d'infertilité de couples dont les traitements sont essentiellement médicalisés, même si dans bien des cas sont déclarés comme idiopathiques (non expliquées à l'aune des examens médicaux. Ceci inquiète les couples et les culpabilise d'avantage. Il s'agit alors pour eux de s'engager dans une médicalisation marquée par une série d'interventions chirurgicales et hormonales sur le corps féminin, qui, le plus souvent se termine par des échecs. En effet, l'expérience des couples vécue douloureusement donne à voir une situation plus complexe où se conjugue un ensemble d'explications donné à l'infertilité. Celle-ci est perçue comme un marqueur social négatif, voire humiliant et stigmatisant pour les couples et particulièrement les femmes. Elle peut également susciter une forte pression sociale venant de l'entourage. Elle continue d'être une source de stigmatisation sociale malgré les progrès médicaux. Le concept de stigmatisation de Goffman (1959) reflète clairement les conséquences sociales qui se déclenchent quand un individu ne peut pas répondre aux spécificités assignées à son rôle social. Le stigmate social est donc présent tout le long d'une vie et influence toutes les relations sociales de l'individu. Il est difficile pour ces femmes de répondre aux attentes et exigences sociales liées au genre féminin. Elles sont souvent placées dans une « autre catégorie ».

Dans les différents entretiens réalisés auprès des hommes et des femmes, celles-ci déclarent être contre les règles sociales. L'infertilité déstabilise et fragilise la qualité des relations conjugales et sociales. Son traitement par PMA, devient un événement social qui s'ajoute à la

souffrance et au désespoir des couples. La femme infertile ne peut se faire « femme » et se retrouve donc dans une catégorie « autre » (Inhom, 1996 ; 2003). La stérilité, comme la mort des enfants (Héritier, 1985) est, dans cette optique, conçue comme le malheur biologique suprême. Mais dans presque toutes les sociétés humaines, la stérilité est avant tout la responsabilité des femmes. Qu'il en aille ainsi n'est pas étonnant, la gestation n'étant évidente que dans une période marquée concrètement par l'apparition et la disparition des cycles des femmes, et parce que le processus biochimique de la fécondation est inconnu.

L'infertilité masculine n'a été reconnue que depuis peu de temps. L'homme était, par définition, fertile. Aussi n'est-il pas paradoxal de voir bien souvent attribuer à la femme à la fois la responsabilité de l'infertilité et, dans la procréation, un simple rôle de gestatrice. L'infertilité masculine a été reconnue que depuis peu. Le sperme était, par définition, toujours fertile » (Héritier, 1996, p. 262). Elle est renvoyée sur les femmes car elles sont perçues comme unique responsables de la reproduction. Pour Françoise Héritier à savoir que « la stérilité s'entend spontanément au féminin, partout et toujours ». Or cet aspect sexué est toujours d'actualité. L'appropriation du pouvoir de fécondité des femmes est vital pour la constitution et la survie de toute société. Elle s'accompagne du confinement des femmes dans le rôle maternel ». Butler a clairement posé la procréation comme question qui justifie le système entier de domination sociale fondé sur la fonction de la reproduction obligatoire pour les femmes et sur l'appropriation de cette reproduction.

En outre, l'infertilité est vécue de façon différente selon que l'on est une femme ou un homme. Les hommes la ressentent comme une forme d'impuissance. Il est plus difficile à accepter pour l'homme qui vit l'infertilité. Pour les femmes, elle est perçue comme un malheur affectant leur identité féminine. Elles disent ne plus se « sentir réellement femmes » (Fine, *in* Knibiehler, 2001, p. 67).

Les femmes se comparent à des « terres sans récoltes » ou encore à des « arbres sans feuilles ». Saida a 40 ans. Elle est enseignante. Elle tente d'avoir un enfant depuis trois ans, nous explique que : « *nous les femmes, être fertile c'est être productive, comme la terre, mais être infertile c'est comme la terre mais sèche, elle n'est pas productive* ».

Notre interlocutrice établit très clairement un lien entre production et reproduction, faisant de façon métaphorique l'association entre la stérilité des femmes et la stérilité de la terre. Les femmes seraient contraintes de reproduire. L'anthropologue Odile Journet (1985) note, en à référence à certaines sociétés africaines que : « L'association procréation/fertilité des terres se trouve directement mise en actes par des pratiques rituelles qui puisent leur efficacité dans le

corps même des femmes : danses à forte connotation sexuelle [...] pour écarter les mauvais esprits qui menacent enfants et récoltes [...]. Ainsi la force de travail féminine est-elle revêtue d'un corps idéologique, qui la situe à une position stratégique dans le cycle de la production ³⁴» (Journet, 1985, p. 21).

Dans un autre entretien, Saida nomme l'ensemble des personnes ayant recours à la PMA à « *des handicapés de la procréation* ». Cet « handicap » tient au fait, de ne pas pouvoir répondre à la contrainte normative de « faire » des enfants, est d'autant plus mal vécu qu'il est très fréquemment et régulièrement rappelé par l'entourage. Saida explique : « *On n'est pas tranquille, une femme sans enfant, lui manque quelque chose, elle ne remplit pas « sa fonction de femme (...), celle qui féconde, qui donne naissance* ».

Le fait de ne pas avoir d'enfants, les disqualifie en société, lors de leur interaction avec autrui ³⁵ (Goffman, 1975). Si la reconnaissance sociale des hommes passe le plus souvent par leur réussite professionnelle et matérielle, elle est soumise encore à la maternité pour les femmes. Les femmes sont prisonnières des normes associées à leur âge et à leur situation conjugale. Elles se définissent elles-mêmes comme « déviantes » par rapport au « normal », qui est de « faire » des enfants. Fatiha explique qu'avant d'être enceinte, on lui demandait de façon persistante à quel mois est la grossesse allait : « *...à un certain moment, les gens vous posent automatiquement la question, vous vous y mettez quand ? Sinon, on vous dit : « quand est-ce que vous faites des enfants ? ».*

Ce sont toujours les femmes qui sont tenues responsables de leur sort. Les hommes sont plus restés dans un état silencieux et honteux. En effet, la virilité est associée à la capacité reproductive. Elle touche directement l'identité masculine. Socialement, le sperme représente plus qu'un simple matériel reproductif. Il est une semence essentielle à l'enfantement. Cela symbolise la performance masculine: « Il est bien difficile pour un couple de devoir faire face à la stérilité d'un des conjoints et cela est encore plus vrai pour l'homme qui vit toujours plus ou moins l'association symbolique entre infertilité et impuissance sexuelle » (Delaisi de Parseval 2002, p. 279). Lorsque le sperme est « non performant », l'homme est symboliquement associé à une réduction de la virilité et à une sexualité brisée. Le sperme pose l'inévitable connexion entre sexualité, reproduction et masculinité. Dans l'ensemble, les idées préconçues liées à l'incapacité d'enfantement n'ont pas disparues.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être inquiètes. L'infertilité demeure ancrée dans leur corps. Elle est associée à la sexualité qui relève symboliquement de la sphère privée et intime. Pour les femmes, elle est donc synonyme de stigmatisation et de marginalisation. Face à cette situation, certaines femmes inscrivent la médicalisation d'avoir un enfant dans la sphère strictement conjugale et privée.

2. La réinterprétation des causes de l'infertilité.

L'infertilité fait l'objet de questionnement et de quête de sens. Les femmes parlent de l'infertilité comme d'une situation de crise. Par conséquent, elles s'interrogent sur l'origine de la difficulté d'enfanter. Elles réinterprètent l'infertilité à partir de leur expérience vécue en s'appuyant sur des explications médicales et non médicales, à savoir les facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques.

Beaucoup de femmes expriment leur incompréhension de leur état face à l'absence de l'étiologie des troubles « *Je ne comprends pas cette absence d'enfant, je n'avais jamais eu de problème de cycle ni quoi que ce soit et... au moment où on veut avoir un enfant, on s'aperçoit que c'est... difficile, j'ai une super santé, je n'ai pas de souci particulier... Je ne comprenais pas... c'est angoissant, on se pose mille questions... En fait, on se sent seul face à cette incompréhension* ». Elles observent leur corps surtout en période d'ovulation. Le corps est envisagé comme un phénomène biologique et social. Il est à la fois « socialement construit et organiquement fondé ». La réaction sociale au corps physique infléchit l'expérience corporelle qui, elle-même, affecte en retour le social (Turner, 1992). A partir du biologique, le corps reproducteur est sculpté par le social et rétroagit sur le social. Pour ces femmes, l'arrivée du cycle mensuel de menstruation se représente comme signe de non grossesse. Cet état constitue une préoccupation majeure pour elles et leur mari. Elles sont contrariées par l'arrivée de ses menstruations comme un obstacle dont la durée plus ou moins longue, devient insupportable. Elles considèrent que les spécialistes de l'infertilité sont parfois sensibles à leur situation, mais ils appréhendent mal la souffrance de leurs patients. Ils ne disposent pas de données sur d'autres facteurs d'infertilité qui peuvent nuire à leur santé : les fausses couches à répétition, le stress et les conditions de vie, l'environnement et les milieux de travail nocifs.

Certaines femmes mettent l'accent sur les facteurs médicaux : les conséquences d'une intervention consécutive de la contraception, l'endométriose, les affections des trompes de

Fallope et des maladies inflammatoires pelviennes. Elles cherchent une explication dans leur passé.

« ...Avant de me marier, j'avais un cycle régulier, et en cas d'infection je me soigne, et tout rentre dans l'ordre mais cela n'est pas une raison pour me retrouver dans cette situation de stérilité !!!, mais je dois dire que même au sein de notre couple mon mari m'a fait perdre beaucoup de temps, il a refusé de se soigner ».

L'âge de la conception peut être un facteur de fertilité car l'infertilité est étroitement liée au temps d'attente qui entre en jeu. Plus le couple consulte précocement, plus il augmente des chances de concevoir naturellement. Le discours des femmes à propos l'âge est identique à celui des médecins. Ces derniers insistent sur l'âge des personnes en traitement ayant une influence sur leur fécondité : « un couple dans la vingtaine avec une infertilité idiopathique a bien davantage de chances de concevoir un enfant qu'un couple dans la quarantaine ». (Médecin gynécologue, 52 ans).

D'autres femmes expriment leur conviction que les causes de leur infertilité sont autant sociales que médicales. Le tabagisme, l'exposition à des agents nocifs au travail ou dans l'environnement, l'alcoolisme, le stress que rencontrent leur époux. Ces facteurs d'infertilité reliés aux conditions de travail et à l'environnement sont plus difficilement réparables. En effet, des problèmes d'infertilité font rarement référence d'une approche sociale. La dimension sociale de la santé est occultée au profit de l'intervention médicale. *« Mon mari travaille dans une boulangerie, tout le temps exposé à la chaleur du four, donc possible ça, ça doit être un facteur d'infertilité chez l'homme, et la femme paie ».*

Une autre femme disait : *« mon mari est trop maniaque à la propreté, chez nous, il y a une collection des marques de produits détergents, il faut à tout moment nettoyer la salle de bain, les toilettes... c'est trop ça devient une obsession, même propre, il me dit de renettoyer, et souvent je lui ai dit en plaisantant que peut être ces produits qui tuent tes spermatozoïdes sans le savoir, et lui il se met en colère, il ne veut pas... ».*

Certaines femmes n'excluent pas les causes sociales et psychologiques vécues dans la sphère individuelle (couple) et collective (familles et proches). Elles pensent que leur infertilité résulte de leur propre trajectoire faites de pressions familiales. Selon Mauss (1934), la transmission par le corps s'effectue différemment dans chaque culture. Elle assure une fonction symbolique. M. Godelier (1996) a repris cette réflexion de Mauss sur le don et explique qu'à côté des choses données, il y a aussi celles qu'on garde ou que l'on transmet (objets de famille). Ce qui explique,

à notre sens, la forte pression exercée par les familles sur les couples pour qu'ils procréent en les rappelant à l'ordre. L'enfant symbolise ce contre don que les couples doivent à la famille et à la société. Par conséquent, l'enfant est au centre des priorités du couple et une quête qui multiplie les tentatives de fécondation in vitro en PMA.

Radhia est âgée de 39 ans. Elle est divorcée en raison de son infertilité. Elle s'est remariée. Sa nouvelle belle famille avait vécu huit ans sans enfant. Sa belle mère a eu un garçon et fille avant qu'elle se fasse traitée pour un problème d'infection génitale en faisant l'ablation d'une trompe.

Radhia nous a confié son expérience dès son premier mariage jusqu'à la réalisation de son projet d'enfant. Au début de son mariage, le couple a décidé de faire un enfant, après trois ans de vie de couple. La belle famille va mettre de la pression sur le couple pour le pousser à enfanter. Le couple consulte le médecin. Il s'avère que l'homme a un problème d'azoospermie. Aussi bien que les femmes, les hommes sont responsables des problèmes de fertilité dans le couple (de La Rochebrochard, 2001). Or l'infertilité masculine même prouvée scientifiquement, n'est pas admise. Elle est cachée au père et à la mère de l'époux, touchés par l'annonce des difficultés à engendrer de leurs enfants respectifs. Le secret de l'infertilité est protégé par le couple, la mère de Radhia et son médecin.

« Au début j'étais très heureuse dans ma vie conjugale.... Mais l'absence d'enfant a fait de sorte qu'elle a perturbé notre relation conjugale et a eu effet sur la relation avec nos familles respectives... Je me rappelle...dans ma première insémination artificielle, j'avais ressenti que mon mari était psychologiquement détruit Personne de sa famille ne savait que le problème vient de mon mari... et même ma mère, elle me demandait de divorcer et se remarier.... [Elle pleure, silence] ... ».

La femme n'échappe pas aux multiples pressions familiales et sociales. Le désir d'enfant est bien sous l'emprise de la famille. La stérilité masculine est encore difficilement avouable. L'infertilité provoque des conflits et des tensions au sein de la famille. Face à leur entourage, beaucoup de femmes cachent l'infertilité de leur mari en invoquant des justificatifs. Elles gardent en secret l'infertilité masculine pour protéger l'homme des regards, du jugement et de l'intervention de la famille de l'épouse. L'infertilité masculine devient pour l'entourage familial, une infertilité féminine. Vis-à-vis du genre masculin, la représentation sociale associe infertilité et impuissance sexuelle. 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 rendraient la femme « apte » à supporter tous les malheurs. Löwy (2006) précise que les femmes

sont toujours perçues pour être inséparables de la relation à l'autre sexe (masculin), à la maternité et à une certaine intériorité. Ces conflits se déplacent du cadre conjugal à celui de la famille. La belle fille est toujours étrangère. Elle intègre la famille du mari. Selon Lacoste Dujardin : « Il faut donc que les jeunes filles soient préparées à leur « futur état de jeunes mariées dans la maison qui va les recevoir et où elles auront à se mettre au service de tous, à se plier en particulier à une autre domination féminine celle de leur belle-mère » (Lacoste-Dujardin, 1985, p. 68). La famille patriarcale est une variable importante dans le problème de l'infertilité masculine. En effet, les travaux de l'anthropologue Inhorn (1996) ont souligné l'importance de la réaction de la famille et de la belle-famille à l'annonce du diagnostic d'infertilité, et des pressions familiales faites sur la femme. « Les belles-mères agissent en agent de la domination masculine dont elles se font ainsi les complices. Les pressions faites sur la femme fille est donc imposé par les hommes, mais exécuté par les femmes qui relaient et exercent à chaque instant la domination patriarcale sur les filles » (Lacoste-Dujardin, 1985, p : 71).

Dans plusieurs situations, l'implication de la famille devient problématique en raison de l'infertilité. Le conflit créé par l'infertilité peut aboutir à un divorce envisagé par la belle famille mais également par la famille de la belle-fille. Radia est contrariée au divorce mais après une année, elle se remarie avec un jeune homme dont ses parents ont connu la stérilité secondaire. Après des recours aux soins thérapeutiques traditionnels et médicaux, les beaux parents ont une fille (Amina) et un garçon (Mohamed). Radhia, est soutenue par ses beaux parents. Cette jeune femme décrit le lien avec eux comme étant un « lien de parent biologique » recevant l'amour et la chaleur familiale. Dans son récit de vie, elle indique la forte complicité avec ses beaux parents. Radia est fortement influencée par l'histoire de sa belle famille, craignant le même sort qu'elle. Elle est contrainte de s'engager dans un parcours de la PMA pour une seule raison. « *Je voulais à tout prix recourir à l'AMP quitte à l'étranger, pour avoir un enfant longtemps désiré et attendu, je voulais effacer l'étiquette de « Agra matadniche » qu'on m'a collé sur le dos, alors que c'est mon ex qui ne pouvait pas enfanter....* ».

Le couple a ainsi du mal à s'affirmer face aux exigences familiales. L'interdiction sociale est très forte concernant le non-désir d'enfant. La décision de procréer n'appartient pas aux couples mais aux familles, car l'enfant est une dette que les couples doivent aux familles.

« On ne s'imagine pas stérile, c'est une idée qui est rejetée, réfutée. Souvent, on accuse la femme avant même que les bilans médicaux viennent à le confirmer ou l'infirmier. Consulter un spécialiste, dans ce cas, devient une

démarche nécessaire même si elle est souvent difficile lorsque l'homme est mis en cause et qu'il se voit, lui aussi, contraint de se soumettre aux analyses et autres consultations pour soigner sa stérilité ». (Radhia, 39 ans).

Les femmes plus que les hommes n'envisagent pas leur existence sans enfant. Le désir d'enfant est inégal chez les deux membres du couple. Suite aux échecs des traitements d'infertilité, certaines femmes évoquent le risque d'effondrement au couple (le divorce).

L'expérience de l'infertilité par les hommes (d'autant plus quand ils sont responsables de l'infertilité du couple comme dans les deux derniers exemples) serait moins dicible. La mise en mots de cette expérience étant en partie conditionnée par les constructions sociales des attributs allocutifs féminins et masculins (Cresson, 2006). Ces différences entretiennent la dimension taboue de l'infertilité masculine du couple. Autre illustration de ces différentes formes d'expression genrées : les nombreux forums de discussions qui permettent d'échanger sur les expériences de l'infertilité et de la PMA sont mobilisés principalement par des femmes.

3. Les enjeux identitaires, conjugaux et sociaux de l'infertilité.

L'infertilité est génératrice d'angoisses majeures car cela a été démontré par le fait que la sexualité reproductive et celle qui ne l'est pas sont distinguées (Tabet, 1986, p. 98). Le statut social de la femme infertile est à mettre en relation avec la valorisation de la procréation. La famille favorise l'enfantement pour assurer non seulement sa survie biologique, mais également sa propre survie sociale au travers de la transmission de valeurs et de normes liées à la reproduction du genre humain. « Si le statut de femme est acquis à partir du premier enfantement, c'est aussi avec lui que le corps féminin devient un enjeu de pouvoir considérable entre les univers sociaux masculins et féminins ». Comme dans la société marocaine, le modèle « mère-avant tout » reste le modèle dominant chez toutes les femmes interrogées. C'est pourquoi la stérilité est vécue comme une vraie « catastrophe », un mal... La femme infertile informe par son corps une sorte d'analogie inversée, que le corps fécond est survalorisé » (Malek Chebel, 1984, p. 9). Elle est présentée comme un argument qui « légitime » divers comportements (divorces, polygamies, marginalisation...) précise Houda El Aaddouni (2003).

La réalisation du corps gestant 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 ». Par contre la stérilité au Maroc comme ailleurs renvoie à l'idéologie sexuelle qui domine le champ de la sexualité, du

statut de la femme et de la famille. Celle-ci demeure une composante essentielle de la mémoire collective. Les travaux anthropologiques sur le genre et le féminisme ont contribué à comprendre quelques dimensions de cette sexualité. Ici, ce qui nous intéresse, c'est la remise en cause de la médecine moderne par la perpétuation de la féminisation de la stérilité dans la mémoire collective. A cet égard, le recours à la médecine traditionnelle est dominant. Selon l'idéologie sexuelle qui la sous-tend, c'est une affaire des femmes.

Les statuts de féminin et de masculin liés à la reproduction et à l'enfantement sont donc vécus par la plupart des couples en raison de l'infertilité. On est en présence d'un problème identitaire genré. Les problèmes d'infertilité font apparaître une nouvelle réalité dont le couple n'a pas été préparé et qui, dans certains cas, affecte profondément les identités de genre. N. Athéa (1990) explique que les médecins effacent la stérilité masculine pour se retourner vers la femme. Ce sont les femmes que l'on soigne pour les infertilités masculines (H. Rouch, 1991). Les problèmes d'infertilité ne sont pas vécus de la même façon par les hommes et par les femmes.

Les médecins évoquent la stérilité du couple, comme d'origine féminine, elle est passée directement à une stérilité de couple en oubliant systématiquement la stérilité masculine (F. Laborie, 1986). Dans la plupart du temps, l'infertilité de l'homme est mise au compte de l'infertilité du couple. Le genre est en lien direct avec la reproduction. Son organisation est un principe dichotomisant les deux sexes, créant la distinction entre le masculin et le féminin, et introduit une hiérarchie entre les sexes (Delphy, 1991, 2008) Le genre n'a aucune existence sans les rôles différents des hommes et des femmes dans la reproduction (Rubin, 1998).

Dans ce sens, les hommes accordent une importance à leur masculinité, mais semblent moins concernés par la norme de la procréation. Selon nos interlocutrices, ne pas pouvoir enfanter aura un impact plus important sur la femme que sur l'homme. Les hommes décrivent les femmes sans enfants comme les seules qui subissent des jugements plus négatifs en regard des normes sociales. L'effet de l'infertilité sur leur identité masculine est moins exprimé :

« Je pense que pour le côté féminin, c'est peut-être plus dur parce que la femme le ressent peut-être en elle. Ce sont des déceptions qu'elles expriment plus que nous les hommes » (Mohamed, enseignant, 46 ans).

L'importance de la procréation réside dans le fonctionnement de la société mais également dans la construction identitaire différenciée des femmes et des hommes.

Écoutons cet extrait d'une conversation d'un homme qui parlait à l'assistante biologique. Il disait : *« Je vois mal ma présence régulière en venant ici..... C'est bien la femme qui porte les*

enfants et les met au monde, ça été toujours ça, toujours elle qui assure l'essentiel de la responsabilité des consultations, des traitements, des opérations chirurgicales, et c'est leur corps qui portera les traces d'une césarienne en cas où..., en plus c'est elle qui supportera les gestes de la fécondation in vitro. » (Toufik, 42 ans, commerçant).

La société exige une division des rôles sexuels pour ne pas perturber l'ordre social. Ainsi, certaines tâches sont dévolues aux femmes et d'autres aux hommes. Souvent tout ce qui concerne les enfants et le travail domestique incombe aux femmes, alors que les travaux d'extérieur incombent aux hommes. Les travaux des hommes sont toujours plus valorisés et souvent rémunérés, alors que ceux des femmes sont souvent gratuits (Bereni *et al.*, 2008). Selon Journet, « cette reproduction est à l'évidence une donnée qu'aucune société, sinon dans l'idéologie, ne laisse aux seuls effets de la nature » (Journet, 1985, p. 17).

Les femmes insistent beaucoup sur la question de la maternité et de la grossesse dans la définition identitaire féminine. L'homme semble d'avantage naturaliser cette identité féminine.

F. Héritier (1978) souligne que la maternité est ambiguë et amène force et faiblesse aux femmes : « [...] du fait de la nature du pouvoir féminin, sa fécondité, qui est aussi sa faiblesse : Pouvoir que les hommes aimeraient bien avoir [...] mais aussi la faiblesse parce qu'il immobilise, qu'il est subi » (Héritier, 1978, p. 401). Selon elle, les hommes ont dû s'appropriier les femmes pour obtenir leur « pouvoir de fécondité » (Héritier, 1996, p. 231). La femme prise comme « corps-reproducteur féminin » (Tain, 1999) apparaît ainsi comme l'enjeu de toute cette organisation politique de la reproduction. C'est à cause de cette spécificité féminine qu'existe la domination masculine (Godelier, 2004 ; Héritier, 1996 ; Mathieu, 1973 ; Meillasoux, 1975/2005 ; Tabet, 1998, 2004). Cependant, certaines féministes pensent que c'est en détruisant cette spécificité que finira la domination masculine, d'autres pensent qu'il faut au contraire maintenir cette spécificité et les spécificités « masculines » et « féminines », mais abolir la domination masculine.

Pour N.-C. Mathieu (2000), la reproduction est de caractère social et elle est une production où le produit est l'enfant. Les femmes « produisent » ou « fabriquent » les enfants et les hommes s'approprient ce produit (Meillasoux (1975/2005)). Essentiellement définie par sa fonction de reproduction, la femme est considérée, selon l'expression de Meillasoux, comme « une productrice des producteurs (p. 44) ». A ce titre, elle assure la reproduction de la force de travail, de la vie qui prolonge le groupe.

Cette division sous entend une division sexuée qui suit généralement la distinction entre le travail productif, considéré comme masculin et le travail reproductif, étiqueté de féminin (Bereni *et al.*, 2008). Dans ces analyses sur la parenté, Laurent Barry explique que l'enfantement

découle des « expressions logiques des rôles sexués dans l'accouplement et la génération » (Laurent, Barry, 2008, p. 170). Les femmes sont considérées comme étant les vecteurs privilégiés dans la construction des êtres, les hommes n'étant que des vecteurs secondaires

Il est souvent démontré que l'infertilité est attribuée à l'un ou l'autre des membres du couple et plus rarement aux deux, mais elle devient un problème conjugal, une infertilité du couple. L'homme et la femme ne peuvent pas être dans une position d'égalité dans la mesure où cette situation permettait de créer un sentiment de culpabilité chez la femme pourtant fertile. Pour certains couples, chacun cherche le responsable du problème. Malgré l'origine masculine, c'est souvent la femme qui se culpabilise. La reproduction est ancrée dans un schème plus féminin que conjugal. « *Toujours les gens cherchent le coupable, est-ce l'homme ? Est-ce la femme ? Et moi je n'ai dit à personne que le problème venait de lui, tout simplement je leur disais que j'ai un problème de prolactine, et que je suis en train de le régler* ». Ou encore : « *Il y en a beaucoup qui me demandent, C'est qui ? Est-ce que c'est toi ou c'est lui ?* ».

Les femmes sont nombreuses à avoir ressenti un sentiment de culpabilité devant l'impossibilité « de donner un enfant » à leur conjoint. En ce sens, Lamia souligne qu'étant elle-même la cause du problème, elle a accepté plus facilement d'être la cible des traitements en raison de cette culpabilité. Les individus sont socialement tenus responsables du bien-être de leurs corps. L'infertilité devient alors une incapacité individuelle vis-à-vis de son corps et des standards de normalité (Greil 2002, p. 106).

Nous assistons à une dispute au centre de fertilité, en croisant ce couple dans les escaliers. L'homme furieux, disait à son épouse : « *C'est la dernière fois que je mètrerais les pieds ici, je ne vais plus te suivre. A chaque fois un problème !* (Said, 39 ans, chauffeur de taxi).

Il lui lance un regard furieux. Sa femme Djamila n'a rien dit. Mais elle avait les larmes aux yeux. Il s'agit d'un couple monogame jusqu'à présent. Trois mois après l'échec de la fiv, le couple divorce. L'homme se remarie. La femme revient au centre pour nous informer que son mari l'a répudié.

La femme mariée perçue comme un corps productif. La finalité du mariage est la procréation d'une progéniture. Elle se sent coupable car les embryons n'ont pas pu se développer correctement. Il est exceptionnel que le mari devient parallèlement le cauchemar de son épouse. Quand la femme a le problème, l'homme est soulagé. « *On a eu des maris qui sont oligospermie ou astenospermie et sont venus après la consultation biologique et te dises, avec mon sperme si*

je me marie avec une autre est ce que ma femme serait enceinte. On a ce genre de questions et c'est quand même !!! » Biologiste de la reproduction.

Le divorce ou le remariage est perçu comme légitime si l'épouse s'avère infertile ou une « mauvaise génitrice » en raison des fausses couches successives. Dans cette situation polygamique, le malheur est essentiellement lié à la reproduction et à la sexualité, par quoi les femmes sont socialement définies. Il est supposé s'incarner notamment dans l'apparition de la stérilité, ou dans la perte des enfants en gestation, événement conçu comme d'égale gravité puisqu'il signe l'incapacité pour la femme de mener sa grossesse à terme (Sylvie Fainzang, Odile Journet-Diallo, 1991, p. 222).

Pour certains hommes, la femme doit être féconde pour être utile à la société. La femme n'a donc « pas le droit » d'exister pour elle-même. Même après des années de mariage, les parents peuvent obliger leur fils à prendre une deuxième femme pour qu'il puisse avoir des enfants. Contrairement aux femmes cadres, les femmes au foyer n'ayant pas une activité salariale, une formation ou encore un diplôme, ont peur d'être répudiées à cause de l'infertilité. Il semble que cette peur peut être expliquée par la crainte de perdre la protection des hommes dont elles dépendent. Elles se plient donc aux règles de l'ordre sexué et à assimiler l'idée du risque qu'elle encourt si elle ne donne pas naissance d'un enfant. Tassadit Yacine (1992) explique la peur que les hommes inspirent aux femmes par la relation de dépendance qui lie les une aux autres. Certes, aujourd'hui le divorce est inscrit dans la loi. Mais il n'est pas de l'ordre d'une acceptation sociale. Pour cette catégorie de femmes, vivre seule ou sans mari est mal perçu. C'est une représentation incorporée dès leur socialisation. Autrement dit, le terme divorce, dès lors qu'il se décline au féminin devient un stigmat (Goffman, 1975).

Naima nous explique : « *Quand tu te maries, tu te maries avec ta belle famille.* », ou encore : « *On n'est pas seulement mari et femme, on est marié avec la famille, la belle-famille, parce que l'infertilité n'est pas seulement un problème du couple, mais un problème de famille.* ».

L'enfant occupe une place centrale dans la vie de la famille. Sakina qui a déjà une petite fille, veut avoir un enfant par FIV. Nous dit : *je voudrais avoir un deuxième enfant car avoir un seul enfant ce n'est pas bien vu. Les gens vous rappellent toujours qu'il faut lui faire un petit frère ou une petite sœur, et même je ne veux pas que ma fille soit seule, elle risque d'être mal protégée* ».

Les travaux de Françoise Héritier, (1996) ont mis en évidence que dans la plupart des sociétés, « la règle fait du mari de la mère le père des enfants » dans un contexte dans lequel la maternité est, pour les femmes, la seule façon d'être reconnue dans la société. Selon nos interlocuteurs, l'enfant est toujours au coeur de la solidité de la relation conjugale. La venue de

l'enfant est associée à une clôture et une plus grande fusion du couple. Le mariage est de plus en plus tardif, mais il reste lié à la venue de l'enfant.

Le discours des femmes sur l'importance de la grossesse met en évidence le devoir de la reproduction. Elles considèrent que *« la stérilité peut être une cause d'annulation de son mariage. Être mère non seulement assure la stabilité de l'union, mais confère un respect accru à la femme. »*. Dans un contexte de fragilisation des unions, le lien entre le père et l'enfant devient vulnérable et, à cet égard, le coût du divorce est plus élevé pour les hommes. Ce n'est alors pas l'enfant qui est ciment du couple, mais le couple et son maintien, qui est ciment de la relation entre le père et son enfant. C'est cette hypothèse que nous tentons de vérifier dans le présent travail.

Ce désir de grossesse est fortement encouragé socialement. Le statut d'épouse et de femme féconde reste enviable et recherché. La valorisation des femmes passe toujours par le mariage et la fécondité. (Brochard, 2014)

« Après le mariage, tout mon entourage (famille, amis, collègues de travail) attend de moi que je sois enceinte. Moi-même j'étais inquiète de ne pas avoir d'enfant, je me sentais coupable car mon mariage était en jeu. « On ne vit pas l'infertilité que dans notre couple, mais on le vit socialement, c'est très difficilement surtout pour ma famille : vous vous mariez et pour eux, dans l'année, c'est le bébé qui doit suivre. Alors il faut faire un enfant la première année. La pression est assez forte. Avoir un enfant la première année qui suit le mariage, c'est forcé, même si on n'en veut pas, il faut le faire. »

Les femmes racontent avoir eu recours à des méthodes plus simples, comme la prise de médicaments (d'hormones), dans le but de tomber enceinte. D'autres ont tenté des procédures plus sophistiquées à plusieurs reprises. C'est notamment le cas de Mohamed âgé de 36 ans et Fatima, 34 ans, mariés depuis neuf ans, tous deux ayant fait des études universitaires, employés à Sonatrach et disposant d'un revenu familial élevé. La femme voulait s'inscrire pour une Fécondation in vitro. Mais le mari s'oppose. La belle famille intervient pour convaincre son fils, mais Mohamed refuse toujours. Deux ans après, ils tentent une insémination infructueuse pour avoir un enfant. Mais le mari s'oppose. Lorsqu'ils décident d'avoir un enfant après trois ans de mariage, ils apprennent que le mari a une production insuffisante de spermatozoïdes. La femme a eu trois fausses couches, auxquelles ses chances de tomber enceinte diminuent. Après cette épreuve, le couple s'accordera un temps de répit pour réfléchir sur d'autres voies possibles, car selon eux, ce processus a été extrêmement éprouvant, tant d'un point de vue physique qu'émotionnel. Avoir des enfants par l'adoption devient pour tous les deux une piste à considérer

et à laisser mûrir même si leur décision d'adopter est prise à des moments différents. Bien que Fatima se sente prête depuis longtemps, elle attend patiemment que son mari finisse par se décider. Pour lui, cette décision est plus difficile, car selon ses déclarations, il a connu plusieurs périodes de doutes et de soucis qu'il considère comme importantes.

4. L'infertilité : Corps social « malade ».

Le fait de vivre une vie conjugale sans enfant rend la santé des couples fragile. Cette valorisation de l'enfant comme signe de santé signifie pour eux que la santé n'est pas une finalité, un but en soi, mais plutôt le pilier indispensable de la vie qui prend son sens par rapport à l'enfant. L'absence d'enfant vécue est un obstacle à la santé qui revêt une notion subjective « être bien dans la peau ». Par contre, la maladie est considérée comme une forme élémentaire de l'événement au même titre que la naissance, la mort. Ce sont des événements biologiques individuels dont l'interprétation imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale. » (M. Augé, 1984, p : 39). Les travaux sociologiques sur les perceptions de la santé et les interactions entre les patients et le corps médical rejoignent nos préoccupations à propos de l'infertilité et la PMA. Il faut tout de même rappeler que ces recherches anthropologiques ont contribué, après les travaux précurseurs d'Augé et d'Herzlich [1984] à dévoiler les multiples sens du mal, à insister sur la pluralité des significations attribuées à la santé. En effet, C. Herzlich (1969) et Jeanine Perret (1983) se sont intéressées à la santé en distinguant la santé de la maladie : « La santé, ce n'est pas la maladie. La santé c'est ce qui est important ». Il existe bien « une pensée « profane » sur la santé et la maladie, répondant à une logique indépendante du savoir des « professionnels » (les médecins) » (Adam et Herzlich, 2004, p : 68). La logique médicale représente le corps des femmes comme un dysfonctionnement de la machine corporelle qu'il s'agit de réparer avec une des techniques de la PMA chez les unes, signe légitime pour tenter d'avoir un enfant.

En raison du manque de signes physiques extérieurs (c'est-à-dire un ventre gros), ces femmes ne réinterprètent pas l'infertilité comme une maladie, mais plutôt comme un état. C'est donc le sort qui est souvent évoqué comme cause de l'infertilité. Dans les discours de certaines femmes, l'infertilité est dite par les termes de : « *Le mal d'enfant, je suis malade parce que je n'ai pas eu d'enfant* », « *absence d'enfant me rend malade* ».

Si la maladie est une régression, celui qui s'en sort, se sent revivre. L'infertilité, c'est l'épreuve par excellence » (Augé, in Augé et Herzlich, 1984, p. 40). Les propos des femmes ancrent l'infertilité du côté de l'épreuve. Le recours récurrent à la comparaison de l'infertilité avec la

maladie, même si dans certains énoncés affirment qu'elle ne constitue pas une pathologie, intègre l'infertilité dans cette logique.

Les représentations de nos interviewées sont également caractérisées par un continuum santé/maladie recouvre le bien et le mal : « *pas d'enfant, pour moi, c'est un mal* ».

Certaines se considèrent malades, d'autres non. Une patiente peut se qualifier à la fois de malade et de non malade. Elles ne parviennent à se construire une identité de malade, ou celle d'une personne en bonne santé, oscillant sans cesse entre les deux. Selon, les professionnels, les femmes qui consultent dans le centre de PMA ne sont pas « malades » au sens strict du terme. « *La prise en charge qu'elles reçoivent, vise à les aider pour avoir une grossesse, mais elles ne sont pas malade* ». (Médecin gynécologue).

Si la division sociale sexuée repose sur les rôles procréatifs, le fondement de la féminité est presque défini par la capacité de procréer, tout empêchement conduit à un fort sentiment de dévalorisation. Souvent la fécondation in vitro se termine par des fausses couches et des avortements. Ceci renvoie les femmes à un sentiment d'incapacité de mener à bien leur procréation. Selon Béatrice Jacques : « La spécificité biologique de la femme de « porter l'enfant » est réaffirmée. C'est sur elle que le regard se pose, rappelant son rôle essentiel de reproduction de l'humanité. Cette responsabilité sociale amène alors les femmes à vivre leur grossesse comme un temps « presque obligatoire » de travail sur soi. En effet, les théories psychologiques ont toujours présenté la grossesse comme un moment fondamental du développement de l'identité féminine et la maternité comme une expérience « conclusive de l'identité de femme. » Cependant, la médecine n'interroge l'infertilité que sur son versant organique et ignore complètement les explications psychiques reliées à plusieurs cas de stérilité (Le Breton, 2005, p. 244).

Dans les centres de PMA étudiés, le mot stérilité est rarement utilisé, et est remplacé par l'infertilité surtout avec l'émergence des l'assistance médicale à la procréation. « L'infertilité est devenue une maladie, un problème ayant une solution technique » (Tain, 1999, p. 88). D'ailleurs, le désir de maternité devient l'objet d'une prise en charge technique. Si la présence d'un enfant est signe de santé et de bien être pour un couple fécond, son absence devient une souffrance et un mal-vie pour un couple infertile. Pour Hélène Rouch (1991) : « [...] si la présence d'un enfant est signe de santé pour un couple, l'absence d'enfant devient, si l'on n'y prend pas garde, «

anormale » (H. Rouch, 1991, p. 245). « La santé³⁶ est une construction culturelle et elle mérite d'être étudiée comme représentation. Mais elle est aussi une idéologie dont la société fait usage croissant pour la gérer comme déviance » (Benoist, 2002, p. 150).

Les professionnels nous disent que les femmes engagées dans un protocole de fiv ne se sentent pas pour autant en mauvaise santé. « *Nos patients ne sont pas malades au vrai sens du mot, mais ils sont infertiles* ». L'infertilité est-elle une maladie ? Les hommes et des femmes indiquent pourtant que les techniques de la PMA participent à la médicalisation de l'infertilité. Elle est étiquetée comme une maladie ou un dysfonctionnement organique ou hormonal qui nécessitent non seulement des traitements mais aussi une intervention directe sur le corps des femmes. De plus, les femmes sont le plus touchées par la stigmatisation de l'infertilité car la stérilité masculine est déniée socialement. Fainzang (1989) explique qu'il s'agit d'une nouvelle perception de la maladie qu'elle appelle « les stratégies paradoxales » permettant de prendre en considération les comportements non seulement du point de vue de la maladie, mais aussi des relations du sujet avec les autres événements de la vie quotidienne.

La stérilité selon la sociologue L. Gavarini (1989), est un rapport social et la procréation est souvent renvoyée au champ de la maladie (L. Gavarini, 1989, p. 245). C'est une construction sociale et psychique, « avant d'être une fatalité biologique, une maladie ou un état » (L. Gavarini, 1989, p. 133). Peu de médecins ont étudié les causes de la stérilité ou se sont penchés sur la signification symbolique du non-enfantement. « C'est donc le mode de réponse et de gestion de la « maladie » par la médecine, l'objectivation de ces fameuses « difficultés » qui créent la maladie elle-même » (L. Gavarini, 1989, p. 137).

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire en 1994 introduit le concept de « santé de la reproduction » en y incluant les hommes. L'objectif est de promouvoir l'égalité entre les sexes dans toutes les sphères de la vie (y compris la famille et la vie communautaire), et d'encourager les hommes à assumer la responsabilité de leur comportement sexuel et reproductif. En 1995, les Nations Unies mettent l'accent sur l'importance de la participation des hommes en matière d'hygiène sexuelle et de santé génésique lors de la 4^{ème} Conférence Mondiale sur les femmes. Cette conférence souligne que l'égalité

³⁶ Cette réalité a été appréhendée par la Conférence internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au Caire en 1994 sur la Population et le Développement. Cette conférence a évoqué la « santé reproductive » ou encore les « droits reproductifs » des femmes. L'infertilité est donc liée aux questions de la santé reproductive et à la maladie.

entre les femmes et les hommes en matière de sexualité et de procréation implique un partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences.

Cette question est fondamentale. La stérilité est traitée comme n'importe quelle autre maladie. Pourtant elle est différente des autres maladies ou pouvant être la conséquence d'une maladie. Dans l'infertilité, il n'y a pas de douleur. « Les couples se sentent bien, mais ils tournent vers la médecine pour faire reconnaître la stérilité dans le corps en lui donnant une cause » (Maggioni, 2006, p. 105).

Nasrine est âgée de 44 ans et son conjoint est âgé de 48 ans. Les deux sont cadre supérieur. Ils tentent de concevoir un enfant depuis dix ans. Nasrine, interrogée seule, compare l'infertilité à une maladie. La technologie permettra de fertiliser l'embryon et après implantation. A contrario, le statut de l'infertilité demeure controversé parce qu'en réalité la prise en charge de toute la pratique particulièrement les coûts des actes de médicalisation ne sont pas pris en compte par la sécurité sociale. Certaines refusent de qualifier l'infertilité de maladie, même s'ils reconnaissent les douleurs et les déceptions qu'elle entraîne.

Le couple est dessaisi de son désir d'enfant. L'infertilité permet d'articuler plusieurs thématiques autour de la dimension sociale de la maladie telles que la représentation du mal, le corps, les institutions et les valeurs qui régulent l'interaction entre sujets.

« Depuis plusieurs années j'ai consulté le médecin pour avoir au moins un enfant, je devenais malade à cause de ça, mais mon mari s'en fiche, par contre moi, je souffrais et j'endurais encore. Je suis devenue malade alors que c'est lui qui est atteint.... ».

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 ». (Vanden Bossche M-C, 1996).

Le mal est compris ici au sens de malheur, événement indésirable ainsi que toute forme de souffrance individuelle ou collective. Dans la perspective de Marc Augé, l'infertilité renvoie à un fait biologique dont l'interprétation est imposée par le modèle culturel et immédiatement social, se retrouve enserrée dans les incorporations qui déterminent un statut social. La « dimension sociale du malheur » (M. Augé et C. Herzlich, 1984) est nettement retrouvée chez ces femmes qui considèrent l'infertilité comme un événement complexe et crée une perturbation physiologique, psychique et sociale qui affecte tout le couple.

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 ». (Augé, Herzlich, 1984).

En outre, l'entrée sur la scène sociale de l'infertilité s'opère par sa médicalisation. Pour Fassin, (1998), « On peut ainsi parler de « médicalisation » de la vie sexuelle et reproductive en ce sens où la médicalisation est une transformation socioculturelle qui « consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. » (Fassin, 1998, p. 11). Certaines de nos enquêtées se disent gênées par l'usage autre de « maladie ». « *Je trouve que l'infertilité n'est pas comme d'autres maladies, encore lorsqu'elle est traitée en fiv , comme le cancer ou autre maladie chronique...[silence] ce n'est pas la même chose : le cancer, le sida, les gens peuvent le comprendre parce qu'ils savent ce que c'est (les médias en parle assez), alors que l'infertilité, ça, ça reste quand même un sujet tabou, c'est un peu plus intime. Les gens qui ne connaissent pas cette chose-là...si on leur dit que j'ai été en arrêt de maladie parce que j'ai fait une fiv », ils vous diront : « Mais pourquoi ? Tu n'es pas malade ! [Silence]* », Explique Nadira (38 ans, enseignante).

Cette notion d'infertilité est « relativement récente tend à dissoudre la notion plus ancienne de stérilité, d'autant plus que les techniques de manipulation de gamètes et d'embryons projettent l'idée qu'il n'y a plus de stérilité incontournable. Il est, en effet, de plus en plus rare qu'une personne ou un couple se voit donner un diagnostic de stérilité » (Ouellette 1993, p. 239). « L'infertilité réfère à un état médical et social liminal dans lequel la personne affectée navigue entre la capacité et l'incapacité reproductive : « l'infertile » est la personne qui n'est pas encore enceinte mais qui souhaite mener une grossesse à terme et avoir un bébé » (De Lacey et Sandelowski, 2002, p. 35).

L'idée de ne pas pouvoir tomber enceinte, conduit les femmes à considérer l'infertilité comme une maladie. « *Je ne suis pas malade, c'est mon mari qui a un problème de spermatozoïdes mais*

puisque je suis ici, et je prends du traitement c'est comme si je suis malade parce que je n'ai pas pu encore mettre un enfant au monde comme toutes les femmes ».

Selon les propos des femmes, il semble que la notion de stérilité est mal définie dans le contexte de la procréation médicale assistée et peut recouvrir de multiplicité de phénomènes.

5. La gestion de l'infertilité.

Analyser l'expérience des femmes et des hommes face à l'assistance médicale à la procréation implique de la replacer dans la trajectoire des couples face à l'infertilité et de l'inscrire dans une perspective qui analyse les rapports hommes-femmes à l'intérieur de la société, notamment concernant les enjeux autour de la procréation. Dans la plupart des sociétés « les femmes sont considérées essentiellement comme « génitrices ». Par ailleurs « tout concourt à faire apparaître la procréation comme un événement biologique en quelque sorte extérieur aux rapports sociaux de sexe » (Devreux, 1997, 2001). L'asymétrie observée dans la gestion quotidienne de l'infertilité témoigne de mécanismes en oeuvre encore fortement genrés.

Les travaux récents insistent sur ces aspects des rapports sociaux de sexe comme une spécialisation de domaines masculins et féminins, particulièrement les questions de santé, ainsi que les soucis et tâches liés à la reproduction sont plutôt du ressort des femmes (Cresson, 2001). La question des rapports sociaux de sexe a été largement mise en évidence de la construction sociale d'une « domestication de la sexualité des femmes » (Tabet, 1985), qui s'appuie notamment sur une représentation du monde où le féminin-maternel et le masculin paternel sont définis par leurs références contrastées aux idées de nature et de culture, et où les doubles standards (systématiquement au bénéfice du masculin) perdurent. La responsabilisation féminine de l'infertilité et le tabou de l'infertilité masculine sont encore ancrés dans le couple et son entourage familial.

Radia tente des actions pour changer l'image négative renvoyée par la société. La tension identitaire réside dans le renoncement de son projet de tenter d'en produire de nouveau. La tension est liée au sentiment d'échec (échec de son premier mariage et échec d'avoir un enfant). Elle décide s'engager dans un parcours de la PMA.

« Je devrais revoir mes attentes et se confronter à la situation actuelle. Je devrais renoncer à mon rêve d'avoir un enfant qui est devenu difficile voir miraculeux. Je devrais vivre en acceptant que je pourrais être traitée et tenter une nouvelle fécondation in vitro. Je devrais commencer par vaincre les reproches de mon entourage. Mes proches qui me voyait étrangère et venais intégrer leur famille pour un jour je serais la bénéficiaire des biens matériels d'un homme seul héritier ».

Pour se conformer à une situation sociale ou plutôt à une exigence de conformité au système de genre, Radhia n'a pas pris de moyen de contraception pendant deux ans mais sans grossesse. Pendant sa troisième année, elle commence à s'inquiéter contrairement à son conjoint. Elle commence donc à se renseigner sur les options disponibles. Elle consulte le médecin généraliste de son quartier. Quant à son époux, il semble qu'il est prisonnier de sa représentation focalisée sur la virilité. Le déni de l'infertilité le rendait moins présent dans les consultations. Le fait que le corps social continue d'attribuer la stérilité à la femme, celle-ci se trouve être d'autant plus renforcée d'accepter de se prêter à des examens de diagnostics, ce qui accentue le processus de culpabilisation qui pèse sur elle (Rouch, 2011). La majorité du temps, Radia est souvent accompagnée de sa belle-mère. Les premières consultations gynécologiques n'ont révélé aucune anomalie à son niveau. L'homme a du mal à se soumettre aux explorations médicales en raison des idées reçues. Sa réticence à recourir à l'insémination artificielle s'explique par la volonté de laisser tout à la nature et au temps. Le tabou de l'infertilité des hommes est toujours présent. L'infertilité agit comme un élément « déstabilisateur et qu'elle est profondément en rupture avec la prévisibilité et l'organisation du présent et du futur du couple » (Becker, 2000).

« Après presque deux ans de négociation, mon mari a accepté de se consulter ». Elle consulte son médecin traitant qui l'oriente vers un centre de PMA privé. Son dossier médical révèle toujours qu'elle n'a aucune anomalie. Par contre son mari a une oligospermie. Le médecin gynécologue lui propose de recourir à la PMA. *« La gynécologue m'avait dit « on ne va pas perdre de temps et on va passer à l'ICSI directement ».* L'expérience de l'infertilité est vécue comme un véritable « parcours du combattant ».

La procréation médicalement assistée est certes une de nouvelles perspectives pour avoir enfant. Mais elle peut aussi accentuer les normes sociales dominantes de la procréation (Löwy, 2005; Rouch, 2011; Tain, 2003). La femme fait l'objet d'investigations médicales et des tentatives répétées de procréation médicalement assistée. Elle s'engage donc dans un protocole de la PMA pour être une future mère et assurer le rôle de reproductrice. Elle se conforme au système de genre qui repose sur des rapports sociaux de sexe dans la reproduction. Son engagement est perçu comme naturel et évident. Elle reste au premier plan dans la gestion de l'infertilité dans un double espace : familial et médical. Il nous semble donc important de montrer que cette gestion est de l'ordre de la transversalité au sens où elle concerne plusieurs champs sociaux (famille, hôpital) (Devreux, 1992). Il y a bien une transversalité des rapports sociaux de sexe. La femme mobilise son corps, son temps, son argent pour affronter son entourage. Elle est la première à consulter le médecin, réalisant les premiers examens, de bilan de la fertilité. Elle a le plus

souvent, un temps d'avance sur son mari, et d'emblée, une plus grande maîtrise du parcours médical. C'est elle qui se renseigne sur les options disponibles pour enfanter, et convaincre l'époux d'intégrer le processus de PMA. Elle est beaucoup plus présente à s'investir dans l'espace médical et pharmaceutique. L'évaluation et le traitement de la PMA exigent beaucoup de temps, d'énergie et de ressources mobilisés par la femme. Son corps est soumis aux différents traitements. Il devient un corps d'expériences, un lieu d'interventions techniques. C'est un corps médicalisé. L'infertilité n'est pas uniquement un problème physique, mais également un état émotif, psychologique et social. Avec l'emprise de l'institution médicale sur la reproduction, ce sont aussi les rapports sociaux entre hommes et femmes qui basculent. Dans l'article du sociologue M. Mebtoul sur la dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie, l'auteur montre que la double charge de travail physique et mental assurée par les femmes, à leur domicile et à l'hôpital, « relève fondamentalement d'une construction sociopolitique qui s'exerce dans toute la société dominée par la prégnance des rapports sociaux entre hommes et femmes » Mebtoul, 2010, p. 29). Nous sommes loin d'une posture socialement homogène centrée sur l'égalité des sexes. Celle-ci est une face visible qui occulte en réalité la répartition inégale des tâches entre les hommes et les femmes et la hiérarchie des sexes.

6. Les négociations hommes et femmes dans la gestion de l'infertilité

Le recours à l'AMP est le résultat d'une longue négociation entre les femmes et leurs époux. Elles impulsent la décision de recourir à la PMA en obtenant l'adhésion du mari. La femme joue un rôle actif dans les démarches de traitements de fertilité. La femme est rapidement au cœur des investigations au grand soulagement de son mari. C'est après une longue série de consultation gynécologique effectuée par la femme seule, que l'homme accepte d'effectuer des analyses et recourir à l'assistance médicale à la procréation (Benabed, 2008). Les hommes ne consultent généralement pas spontanément. Ils remettent à plus tard la réalisation des examens nécessaires, soit pour les premiers examens ou pour des démarches d'AMP. Pour l'homme, le spermogramme constitue un examen délicat et difficile à réaliser. Souvent il est cause de négociation et de conflit dans la vie du couple. Nadia est âgée de 38 ans. Elle est enseignante universitaire, essaye d'avoir un enfant avec son mari Mohamed, 42 ans, ingénieur, depuis treize ans. Il n'a jamais fait d'examen. C'est elle qui consulte. Son mari rejette l'idée de faire un spermogramme qui, pourtant, permettrait de diagnostiquer et de commencer une tentative de FIV en PMA. Il refuse de façon radicale alors que sa femme attend avec impatience qu'il se décide.

Ce type d'analyse perturbe la relation conjugale et crée des conflits et des disputes quotidiennes.
Écoutons Nadia :

« [...] Au bout de deux ans de traitement il n'y avait rien...après, le médecin m'a donné des analyses pour mon mari, oui le spermogramme, mon mari ne voulait pas la faire, il m'a fatigué, il m'a rendu hors de moi, donc j'ai jeté tout le médicament, comment moi je m'esquinte à force de prendre ces médicaments et ces hormones alors que lui il a refusé de faire une simple analyse ? Il n'est pas inculte, c'est un ingénieur à l'IAP, ce n'ai pas une analyse douloureuse, et pourtant il refusé, parfois il me disait demain ensuite un autre jour et ainsi de suite, sans la faire, j'ai trouvé cela !! ehu, ehu, je ne dirais pas normal mais comme si j'ai touché à sa virilité...bon j'ai privilégie le silence ».

Face au refus de l'homme de réaliser un bilan d'analyse d'infertilité principalement le spermogramme, certaines femmes nous ont confié que la mise en scène du divorce a été déployée. D'autres ont fait usage d'« une grève de sexe » selon leur expression, pour inciter les hommes à réaliser des bilans de spermogramme et de recourir à la PMA. Souvent les hommes refusent. Ainsi, c'est en passant par les femmes que les praticiens de la PMA poussant les hommes à assurer le bilan d'infertilité et du prélèvement du sperme. La femme est prise entre deux pour convaincre l'homme. En faisant pression sur les hommes, ces femmes essayent de prouver d'abord à l'homme, ensuite à l'entourage qu'elles ont « tout essayé ».

« Un jour, je suis partie voir le médecin... elle lui a donné des analyses à faire avant la prise de médicament... il a fait des analyses et il s'est avéré qu'il avait une veine bouchée, de la varicocèle, et qu'il devrait être opéré...mais lui, il a refusé et son refus ce n'était pas parce qu'il avait peur qu'il aurait un risque, mais sa réflexion c'était quelle explication va-t-il donner à ses parents parce qu'il va passer une nuit hors la maison. Alors qu'on voyage souvent et on a passé des nuits dehors, on partait souvent en week-end...alors qu'on pouvait organiser un jour et passer avec lui une nuit à la clinique, pourvu qu'il fasse son intervention... il refusé en disant qu'il n'avait rien, et que les médecins me racontent n'importe quoi... le médecin m'a expliqué qu'il se peut que ça soit ce possible, ou il se peut qu'il y a d'autres choses, et il se peut que l'intervention règle le problème, possible qu'elle ne le règle pas, et pour mon mari s'il va se faire opérer il se peut que ce n'est pas cela le problème...bon, on s'est disputé et il l'a laissé tomber, et là j'ai fais une grève de sexe, c'était une déception, je vous assure que c'était pour moi une grande déception..., comme si tu ne veux pas d'enfant, tu me fous la paix, tu ne me touche pas, tu veux te plaindre, allez se plaindre, y a mes parents, tes parents...et là j'ai quoi

dire, et depuis notre relation a changé. Le fait qu'il me refusait la maternité, je lui refusais mon corps, tu ne veux pas me faire un enfant donc pourquoi es tu avec moi... donc pourquoi les gens se marient !!!, c'est pour avoir des enfants, c'est pour construire une famille... Lui , m'a refusé ce droit, et pourquoi moi, je lui donne son droit....donc on est resté une longue période...ensuite, je me suis rendu compte que non, mais ça devenait un rapport de force...alors qu'au paravent notre relation était très épanouie, il a senti que j'étais triste, et moi, en vérité la tristesse n'étais pas par rapport à lui, mais par rapport à l'environnement, ça me faisait mal d'entendre les gens me disaient pourquoi je n'ai pas vu les masseuses, les marabouts, tel médecin, tel herboriste.... ». (Nadia, 38 ans, enseignante universitaire).

La réticence de l'homme la prive de ce droit à l'enfant. Une d'entre elles, nous explique que le refus de son mari de recourir à la PMA est lié à ses croyances morales. Nous avons assisté à l'interaction avec son époux. Son mari pense que cette pratique n'est pas naturelle et risquait d'avoir un enfant malade ou malformé. La femme continue cependant d'insister pour tenter de convaincre son époux. Mais c'est à l'homme que revient le dernier mot.

Fatma est âgée de 38 ans. Elle est femme au foyer, mariée depuis 07 ans. Elle n'a jamais utilisé de moyen contraceptif, et n'a jamais eu de grossesse. Elle nous confie que son mari a refusé de réaliser un bilan d'infertilité. Les effets de l'infertilité masculine sont vécus difficilement au sein du couple. Les hommes ne supportent pas leur incapacité de procréer. Ils s'enferment dans le déni et le silence. Pour eux, elle est synonyme de honte, d'une absence de virilité et de performance sexuelle. Ils ont du mal à en parler avec leur épouse et à les proches. Ils demandent à cette dernière de cacher à l'entourage leur infertilité pour éviter la gêne et le regard de l'autre. Ceci les met à la marge sociale des autres hommes. L'infertilité est perçue comme une faille sexuelle. Ils s'enferment dans le secret.

Les médecins et biologistes disent que les causes de l'infertilité demeurent plus difficiles à établir chez la femme en raison de la complexité des organes reproducteurs féminins³⁷. Chez l'homme, les problèmes d'infertilité sont surtout causés par une défaillance dans la production des spermatozoïdes ou dans leur circulation et leur mobilité. Les examens médicaux servant à établir le diagnostic d'infertilité sont par conséquent beaucoup plus centrés sur le corps de la femme que celui de l'homme. Certes, la première étape pour les couples qui, après plus d'un an,

³⁷ L'anovulation (absence de production d'ovules), l'infertilité tubaire (obstruction ou altération des trompes de Fallope), l'endométriose (croissance de tissus à l'extérieur de l'utérus) sont tous des causes possibles des problèmes reproductifs du couple.

n'arrivent toujours pas à concevoir, consiste pour l'homme à se soumettre au spermogramme, lequel permet de tester la qualité, la vitesse et la viabilité des spermatozoïdes.

Par contre, les examens concernant la femme sont multiples et contraignants, notamment la vérification de la présence ou l'absence d'ovulation, le bilan sanguin et analyse de la culture vaginale, tests endocriniens pour mesurer le niveau de production des différentes hormones, laparoscopie (se fait sous anesthésie et sert à s'assurer du bon état des organes reproducteurs) et hystérosalpingographie, laquelle permet de visualiser les trompes et la forme de la cavité utérine afin de déceler toute anomalie. Les explications de l'infertilité données par les médecins sont de nature physiologique et biologique. Et lorsque les tests médicaux appliqués ne permettent pas de déceler l'origine du problème reproductif, ces infertilités sont selon eux, inexplicables. Ils tentent de reformuler à partir de causes psychologiques.

Annoncer l'infertilité représente un moment décisif dans l'expérience des couples. Souvent l'annonce du diagnostic d'être « infertile » se conduit aux mêmes réactions que celle d'une maladie grave. Ce diagnostic est de l'ordre d'un drame pour la personne. Il est annoncé après un long parcours de lutte pour tenter d'avoir un enfant. Etre diagnostiquée, la difficulté à s'affirmer comme une femme. Ecoutez : *« Certes, cela ne va pas de soi. Le diagnostic est terrible, révélé après un long parcours pendant des années, des années qui sont passées d'un gynécologue à autre, en faisant appel aux techniques de la procréation médicale assistée... j'étais prête à tout pour devenir mère, mais maintenant j'ai compris que je ne peux pas aller loin. Je dois finir avec les faux espoirs que les centres de pma nous a raconté. Même la science ne pourra pas résoudre notre infertilité ».*

Cette femme a consulté plusieurs gynécologues, faisant appel aux techniques de la procréation médicalement assistée. Tous ses efforts ont été vaines voulant devenir mère. Elle se rend compte des limites de la médecine. L'annonce du diagnostic est un événement qui opère comme un marqueur social dans la vie de ce dernier. L'infertilité fragilise la relation et sociale entre l'homme et la femme. La femme est amputée de statut de mère. A contrario, l'homme est plus dans une logique de déni.

L'infertilité entraîne les mêmes sentiments que celui d'un deuil ou d'une maladie grave : culpabilité et désespoir. Pour certains hommes, il semble difficile d'assumer le diagnostic d'infertilité (azoospermie). Ils associent l'infertilité à l'absence de virilité. Etre privé d'enfant, est vécu comme une épreuve dramatique. Elle est marquée par le stigmate et l'isolement. Pour

fuir cette épreuve, ils s'investissent dans leur activité professionnelle ou dans des activités sportives.

Le registre de significations d'infertilité renvoie à la blessure identitaire. L'infertilité crée une opposition entre l'individuel et le collectif, le privé et le public. Malgré cette opposition, la mémoire collective de la stérilité perçue comme une maladie, est présente. Il s'agit de réconcilier le subjectif et le collectif, en opérant une insertion du premier au sein du second pour dire que « la mémoire n'est pas un stock cumulatif mais le fil des métamorphoses et le lien de je à nous » (Houda El Aaddouni, 2003). La mémoire collective de la maladie est revécue à l'intérieur de chaque individu.

Dans l'infertilité masculine, la sensation est souvent vécue comme une impuissance identifiée à une « non masculinité ». L'homme ne se voit plus homme. Pour E. Badinter (1992), « être un homme ou une femme était d'abord un rang, une place, un rôle culturel, non une différence biologique. Cette différence, de degré et non de nature, n'en impliquait pas moins une hiérarchie. Mais au 19^{ème} siècle, la biologie devient le fondement des prescriptions » (Badinter, 1992, p. 21). L'utérus définit la femme et la cantonne à sa fonction maternelle. D'aucuns ont pu voir dans cette perception « l'égalité dans la différence », les sexes deviennent incomparables, néanmoins l'homme demeure le critique. Aujourd'hui, l'homme n'est plus l'homme, la masculinité est un « concept relationnel » définit au regard de la féminité. Badinter écrit : « Il y a encore peu, c'était la femme le continent noir de l'humanité et nul ne songeait à questionner l'homme. La masculinité paraissait aller de soi : lumineuse, naturelle et contraire à la féminité » (p. 10). La masculinité devient un devoir dans l'ordre du langage « sois un homme ». Cela ne va pas de soi, et moins entendu que « sois une femme » comme si la féminité irait de soi, la masculinité s'obtiendrait au prix d'un labeur signalée par Bourdieu dans « la domination masculine ».

Le couple vit cette annonce « comme un choc, un vrai traumatisme ». Les femmes et les hommes décrivent leur mal-être aux grossesses qui surviennent dans leur entourage familial et professionnel. Les femmes s'isolent et parfois ne partagent pas les cérémonies de fête de mariage ou de naissance par peur de se comparer avec d'autres femmes enceintes. Les hommes connaissent leur stérilité masculine, mais ils ne l'admettent pas ». Selon Badinter (1992), la masculinité n'est pas une essence mais une construction idéologique qui alimente la domination masculine et dont les formes changent (Badinter, 1992, p. 52). La constitution de ce qu'est la masculinité ou de ce qu'est la féminité varie en fonction des milieux, des pays, de la période, mais sous une forme ou une autre, l'écart est toujours là. L'une des suppositions d'Ilana Löwy, à

propos de « L'emprise du genre », est que masculinité et féminité ne se construisent pas de manière symétrique : la masculinité se construit principalement entre les hommes, et dans la compétition, la comparaison entre les hommes, tandis que la féminité se construit par rapport aux hommes, dans le rapport à la sexualité et à la famille. Les femmes vivent fortement leur détresse plus que les hommes face à l'incapacité de concevoir un enfant.

« Le jour où mon médecin m'a informé que les bilans et les examens complémentaires de mon mari montrent qu'il présente une infertilité, c'était comme s'il nous a annoncé une maladie grave et incurable ».

Les mots des médecins sont parfois violents. Face à l'annonce de l'infertilité, les hommes et les femmes ne ressentent pas la même chose. *« Il y a une véritable violence dans l'annonce de l'infertilité, dont les mots sont souvent vécus comme dévalorisants... Imaginez-vous qu'un jour le médecin me dit que mon spermogramme est nul, que j'ai un sperme zéro, alors il pouvait me le dire autrement par exemple que la quantité de spermatozoïdes est insuffisante ! ».*

Les femmes sont plus dans un sentiment d'urgence. Elles pensent que leur délai de procréation est plus court que celui des hommes. Les hommes réagissent souvent en niant leurs propres émotions. Les couples apprennent qu'ils doivent passer des examens, se rendre aux médecins ou prendre des traitements dont ils ne connaissent pas les effets secondaires. Ils se perçoivent bousculés et peu informés. Ce qui accentue leur état émotionnel déjà fragile. Face aux incertitudes, le couple est contraint à la colère, à la tristesse, à l'infériorité, au stress et à l'anxiété.

Les patientes interviewées ont mal vécu l'annonce de leur infertilité. La notion de culpabilité revient très fréquemment, culpabilité auto-entretenu mais aussi renforcée par l'entourage médical, sociétal, familial. Les patientes sont confrontées à leur corps « impuissant » : *« Qu'on soit obligé d'avoir un plus pour être enceinte, c'est quand même difficile... d'avoir cette dépendance aux piqûres et aux traitements. « Je me suis sentie culpabilisée... Seule en cause ; alors que mon mari, à lui on ne lui a jamais rien dit... »*

Les femmes expriment la peur de perdre tout goût à la vie. *« Plus on vieillit plus on se recentre un peu sur la famille ».* Les femmes vivent leur infertilité comme un échec. Pour certaines, le recours aux techniques permet de créer un apaisement et redonnent de l'espoir face aux traitements. Bien souvent, les patientes ont l'intime conviction que les techniques de procréation médicalement assistée se révéleront efficaces et elles l'expriment comme une forme d'autosuggestion et d'investissement.

7. L'infertilité masculine sous interventions de la PMA.

Le tabou de l'infertilité masculine est une réalité malgré l'émergence des interventions de la PMA notamment l'ICSI, qui a permis de faire connaître publiquement (de façon médiatique) l'infertilité masculine. La majorité des hommes découvre leur infertilité au cours des examens réalisés dans les centres de PMA car toutes les premières consultations chez le médecin sont uniquement du ressort de la femme. L'homme refuse les examens, particulièrement le spermogramme. Il accepte de consulter les centres de PMA, uniquement pour obtenir la « paix sociale ». En cas d'azoospermie par exemple, les hommes sont atteints dans leur corps. Ils ont l'impression que leur descendance est effacée. C'est en qualité de sujet de sexe masculin qu'il est interpellé : « "suis-je encore un homme si je n'ai pas d'enfant ?" C'est toute la question de son identité sexuée, qui est posée. C'est pourquoi, l'examen clinique assuré par le médecin est indispensable pour comprendre la souffrance de l'homme infertile. L'homme est enfin en souffrance d'une reconnaissance sociale, son sperme est identifié comme étant infertile. L'évaluation et le traitement de l'infertilité exigent beaucoup de temps, d'énergie et de ressources de la part de tous les couples. L'infertilité n'est pas uniquement un problème physique, mais également un état émotif et psychologique qui provoque des sentiments extrêmes : colère, frustration, perte de maîtrise en soi et isolement envers les amis et de la famille. La dépression peut sembler insurmontable pour de nombreux couples qui ne peuvent pas concevoir l'enfant qu'ils désirent. Les examens exigent parfois des rapports sexuels pour évaluer la stérilité. Plusieurs couples sont frustrés et éprouvent une perte de spontanéité qui peut conduire à l'impuissance de l'homme. Ils ont parfois une image moins masculine. Etre étiqueté de « stérile » par les investigations en PMA peut amener l'individu à se percevoir comme « cassé, détruit » et à se sentir peu intéressant socialement et indésirable sexuellement. La stérilité représente une menace pour l'identité de l'homme et de la femme. L'homme est totalement en retrait par rapport aux multiples épreuves médicales, sociales et psychiques vécues en grande partie par la femme.

« L'homme, il s'en fou, il vient, par moment il ne veut pas faire de grosse dépenses, la seule dépense est celle du mariage donc 'est ce que je peux enfanter avec mon sperme sans ICSI sans passer par [bouge sa tête, être étonnée], Alors lui, il était marié pendant dix ans ou vingt ans avec son épouse qui avait dix neuf ans, ou dix sept ans et qui n'a pas pu concevoir... ». La responsable de la clinique, médecin de la reproduction.

Les hommes se décrivent très peu par leurs épouses comme des acteurs en quête d'enfant. Il est peu impliqué et mis à l'écart dans le processus. Pour certaines, elles ne leurs informent pas

régulièrement de toutes les procédures de la fiv sans introduire dans un processus technique. Elles veulent qu'ils ne rentrent pas contre le couple est dans un processus de sexualité programmée.

Certaines femmes optent pour le silence aux procédures de la FIV. Elles ne souhaitent pas informer leur mari de multiples tracasseries subies au cours des différents examens. Amel est âgée de 29 ans. Elle est informaticienne. Elle a déjà tenté une insémination artificielle pendant trois ans chez un gynécologue privé. Elle souffre d'un ovaire poly kystique qui serait à l'origine de problème de couple. Certes le couple a déjà fait des examens, mais à la demande du médecin du centre de PMA, ils doivent refaire tous les deux les examens pour actualiser leur dossier médical. Son époux est réticent à l'idée de refaire le spermogramme avant de commencer la stimulation ovarienne pour une FIV. Amel attend avec impatience que son époux se décide.

En outre, Nadira nous confie son expérience dans l'infertilité sous l'assistance médicale. Dans la consultation avec son gynécologue, Nadia a fait une série d'analyse de prolactine après avoir expliqué son histoire au médecin. Elle n'avait aucun problème seul le taux de la prolactine était élevé. Elle a pris du *Clomide* pour une période longue, mais sans demander à l'homme de faire lui aussi des analyses. Nadia change de médecin. Ce dernier lui demande la présence de l'homme. Mais le mari de Nadia refuse de faire le bilan. Nadia continue la prise de médicaments. Mais elle finit par abandonner. Elle est consciente de « l'empoisonnement » de son corps. Elle faisait des angines à répétition.

« ...Après les analyses, le taux de la prolactine est un peu élevé, donc elle m'a prescrit du Clomide, j'ai pris ce médicament et ma prolactine s'est rentrée en ordre, je n'avais aucun problème, bon elle a continué à me donner des médicaments sans demander les analyses à mon mari...j'ai continué à prendre le médicament le premier traitement, le deuxième traitement, le troisième, le quatrième, j'ai très sensible parce que je faisais des angines à répétition, je faisais des antibiotiques, des corticoïdes, des antisémitiques et on ne savait pas la cause, c'est du à quoi on ne sait pas, possible le changement de climat, on était à es sénia ensuite à el hamri, j'ai eu des problèmes de santé, ensuite on a déménagé...donc au bout de deux ans de traitement il n'y avait rien... De nouveau j'ai envie d'avoir un enfant, j'ai consulté le gynécologue, elle m'a prescrit encore du traitement, mais cette fois-ci elle m'a expliqué que tant mon mari n'a pas fait de spermogramme je vais qu'empoisonner mon corps pour rien...bon je suis retournée vers mon mari et insister plutôt l'obliger à le faire, effectivement il a fait son spermogramme, le résultat a

démontré qu'il présenté une asténospermie, elle lui a prescrit des injections, il a refusé de les prendre, j'ai piqué une crise de nerf, j'étais en colère.. ».

Nadia nous explique que c'est une mauvaise expérience pour son mari. Pour les hommes, le spermogramme représente une étape déterminante qui va mettre au jour leur fertilité mise en doute dès que le médecin envisage une procédure d'évaluation (Giami et all, 2008). Ainsi les doutes avancés par le médecin, conduisent l'homme à se remettre en question. La passivité de l'homme face au spermogramme, au traitement et à la prise en charge médicale, constitue un élément important entretenu par les médecins qui continuent à évaluer d'abord l'appareil reproducteur de la femme et examinent celui de l'homme ensuite. La prise en charge considérée comme insatisfaisante lors des protocoles médicaux entretient implicitement la dimension taboue de l'infertilité masculine. Pour les hommes « laisser trainer », posture dominante des hommes, est aussi observée chez les femmes ayant une infertilité secondaire. A contrario, une majorité de femmes multiplie les démarches et les tentatives pour avoir une grossesse. Ces femmes montrent et expriment leur désir et leur volonté de tout faire pour concrétiser leur désir d'enfant, en suivant les prescriptions du recours.

Conclusion

Il a été question dans ce chapitre de revenir sur les moments forts de l'expérience de l'infertilité et de dégager les logiques sous jacentes à cette expérience. Sa reconstruction permet de dévoiler les éléments clés sur lesquels les femmes fondent leur vécu de l'infertilité, ainsi que la manière dont elles appréhendent les raisons du recours à la PMA. Cette appréhension se joue sur les représentations que les femmes se font de la mise au monde. L'analyse des discours de nos interlocuteurs nous a amenée à penser que le genre a permis une analyse des représentations de l'infertilité autour des définitions du féminin et du masculin. L'infertilité affecte les relations conjugales et sociales. Nous avons montré le poids pression familiale et sociale exercée sur les femmes plus que les hommes. Il s'est avéré que, pour ces couples, l'infertilité est perçue comme une maladie sociale. Nous avons également saisi que l'infertilité a différentes dimensions (biomédicale, sociale et culturelle, psychologique et temporelle) qui interagissent ensemble afin de créer une situation extrêmement complexe sur le plan émotif et social. Ainsi, même si l'expérience de l'infertilité est vécue différemment d'une femme à l'autre compte tenu de son réseau de relations, de son milieu social et professionnel, etc. Mais également différente même entre femme et homme. L'infertilité a réellement un impact sur toutes les sphères (professionnelle, familiale, amicale et conjugale) de la vie. Nous avons, entre autres, vu qu'il

s'agissait d'une expérience qui s'étale dans le temps et qui implique divers processus : d'investigation et de traitement médical, etc. La gestion de l'infertilité par le couple est effectivement liée aux représentations masculines et féminines de la procréation. Les multiples interactions au sein du couple entretiennent une certaine mise à distance des hommes dans la gestion quotidienne de l'infertilité.

L'analyse des représentations sur l'infertilité nous a amené à penser le genre autour des définitions du féminin et du masculin. Nous avons démontré que les normes sociales sont très importantes dans l'expérience des couples. Nous allons à montrer présent l'importance de la fécondité et la place centrale de l'enfant au sein du couple et dans la construction de la famille. Il questionne la reproduction comme forme d'injonction sociale et l'enfant comme but recherché pour les couples.

Chapitre 4

Le désir d'enfant et la sacralisation de la famille

« Il semble qu'il s'agisse davantage d'un désir de descendance et d'un désir d'accomplissement plutôt que d'un désir d'enfant, et la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité plutôt que la revendication d'un droit à posséder ». (Héritier, 1996, p. 260).

Introduction

Ce chapitre analyse les expressions : « je désire avoir un enfant », « je veux un enfant » qui reviennent régulièrement dans les consultations d'AMP. « Patients et soignants la convoquent comme « une sorte de condition préalable et intangible » (Mathieu, 2013, p. 59) pour répondre à la norme du couple à reproduire sa propre famille et permettre l'épanouissement conjugal. Les représentations qui sous-tendent l'absence d'enfant sont celles des couples devenus étrangers aux normes de la féminité et masculinité, devenant « irrationnels » dans l'espace social s'ils ne répondent pas positivement à l'injonction médicale.

La naissance d'un enfant peut s'obtenir avec l'assistance médicale à la procréation (AMP) et sans acte sexuel. L'infertilité touche la reproduction du corps social et pose la question de l'accès à l'enfant et de la construction du projet familial. Cela apparaît plus évident que la plupart des couples qui n'arrivent pas à concevoir un enfant s'orientent vers la procréation médicalement assistée.

Le désir d'enfant, se présente socialement sous de nombreuses facettes : se reproduire dans la lignée, reproduire la chair de sa chair, recréer son enfance éloignée, s'entourer pour éviter la solitude des années à venir. Multiples sont les raisons et dont la moindre n'est pas, simplement, de se faire plaisir. Il peut s'agir de prouver sa féminité par la maternité, vouloir être parents ou avoir un enfant, est perçu comme un devoir familial ou parfois religieux, au profit de parenté.

Certains distinguent le désir du besoin d'enfant, la demande du désir, le souhait de grossesse du droit à l'enfant. En PMA, toutes ces motivations sont exprimées et souvent inextricablement mêlées. Pour notre part, nous employons ici, le terme « désir d'enfant » dans le sens de la demande des consultants en PMA, qui est de vouloir un enfant.

1. L'enfant : Le pilier de la famille

Désir d'enfant et désir de faire une famille s'entremêlent. Qu'il s'agisse de renouveler la chaîne de la vie, d'assurer la pérennité du nom et de la lignée ou encore de répondre aux standards sociaux, le désir d'enfant et sa réalisation, ou sa non-réalisation comme dans le cas de l'infertilité, ne peuvent être abordés et compris que dans le cadre social dans lequel ils s'inscrivent. S'intéresser au désir d'enfant, cela implique aussi à s'intéresser au sens que donnent ces couples infertiles à la question «de faire une famille». La notion de « famille³⁸ » est habituellement définie comme notion de groupe « parents-enfant » faisant partie intégrante d'une structure sociale donnée. Aussi, elle est à la fois un groupe psychosocial et une organisation sociale ».

Aujourd'hui, la question de la famille, avec ses mutations et ses recompositions interroge un bon nombre de spécialistes. Pour S. Mathieu (2013), « La famille constitue un espace de réalisation personnelle, où les deux conjoints tentent de s'épanouir individuellement au sein de l'entité familiale» (p. 60).

En Algérie, les études sur la famille sont assez rares. La famille algérienne a vécue en peu de temps, des changements rapides (L. Addi, 1999) et des évolutions profondes dans son organisation (R. Benali, 2009). La famille reste très valorisée. Le père, comme disait Boutefnouchet cité par (Benali, 1985) « reste profondément valorisé même lorsqu'il intègre des situations nouvelles ». C'est la même chose pour la mère qui participe de plus en plus aux décisions concernant la famille. Les parents sont très écoutés dans les choix matrimoniaux et reproductifs. La famille occupe une place très importante dans la vie conjugale du couple. Les relations sociales avec leurs familles respectives sont fortes. La pression de la société, ses interdits et ses valeurs effacent toute autonomie au sein de la structure familiale restreinte (M. Mebtoul, A. Benabed & al, 2017). Nous avons constaté chez les couples infertiles le désir de reproduire, le modèle social dominant. Etre infertile perturbe l'ordre social et familial. L'expression récurrente : « un couple marié doit procréer pour fonder une famille», indique l'adéquation entre mariage, procréation et famille.

³⁸Selon Addi Lahouari, les sociologues de la famille n'arrivent pas à trouver une dénomination consensuelle pour la famille algérienne. Les uns parlent de famille élargie, composée, étendue et récusent la notion de modèle familial unique; d'autres parlent d'un modèle familial diversifié et présentant plusieurs types. Mais la tendance dominante est à la caractérisation d'un modèle familial résultant d'une stratégie multiple d'adaptation aussi bien en milieu urbain que rural. A ce sujet Claudine Chaulet (1986) pour qui le modèle de la famille élargie « malgré les contestations dont il est l'objet de la part d'hommes et surtout de femmes qu'une éducation non traditionnelle n'a pas programmé pour l'assumer, reste en vigueur dans la société rurale et même urbaine, et dans tous les milieux sociaux.

L'usage de l'assistance médicale à la procréation ne témoigne de la force et de la récurrence du désir d'enfant manifesté par les femmes, malgré la lourdeur des protocoles de prise en charge. Le désir d'enfant est dominant dans les représentations sociales des femmes.

La définition du désir d'enfant varie selon la discipline envisagée. Le désir d'enfant compris comme un produit du désir inconscient. On ne peut pas négliger le point de vue biologique et médical qui inscrit le désir d'enfant dans les structures mêmes du vivant, ou encore, l'ambivalence du désir d'enfant. Selon S. Mathieu (2013) « surgit de ce projet d'un être autonome et du désir de porter et d'enfanter. Il n'y a toujours pas l'adéquation entre le désir de grossesse et le fait qu'elle donne lieu à une naissance. Il y a un décalage entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel » (P. 61). En effet, en comparant la fécondité souhaitée et la fécondité réalisée dans deux pays européens : la France et l'Italie, les analyses de Nicoletta Diasio, montrent que le désir d'enfant est lié aux multiples variables : l'âge, la classe, la religion, la situation matrimoniale, les normes de références, les représentations et les expériences de la famille. Donc le désir d'enfant en tant que long cheminement va de l'émergence du souhait aux différentes étapes de sa réalisation, via les négociations et les compromis avec la réalité sociale. Les histoires de vie de nos interviewés renvoient souvent à des situations douloureuses face à la non réalisation du désir d'enfant et de la fondation d'une famille. La majorité insiste sur son « devoir social ». Le biologique dans les représentations de la famille, est présent. La famille serait le résultat de la reproduction biologique humaine. Se reproduire est « naturel » car les êtres vivants, dans leur grande majorité, procréent ou se reproduisent.

Les études du genre semblent actuellement se détourner de ces représentations en se focalisant de manière restrictive sur les nouvelles technologies de la reproduction. A contrario, elles montrent que les hommes et les femmes sont des catégories issues de la pensée humaine et des rapports sociaux, et non des catégories naturelles, comme le croit la pensée commune (Butler, 2005; Delphy, 2001; Bereni *et al.*, 2008). Priscille Touraille (2011) interroge la dimension théorique du problème : « pourquoi désire-t-on procréer ? Désirer procréer, est-ce naturel? » (Touraille, 2011, p. 52). Certains chercheurs critiquent le raisonnement des biologistes. Selon eux, l'espèce est un concept, non une réalité biologique. Elle ne peut pas pousser les individus à se reproduire. Pour comprendre pourquoi et comment ce processus de la reproduction fonctionne, il faut se poser la question du niveau où les choses se passent réellement. Les débats en biologie évolutive ont porté sur la question de savoir si c'est au niveau des individus ou au niveau des gènes que s'explique la compétition reproductive dans le monde vivant.

La théorie actuelle de l'évolution établit que « la nature est une vaste machinerie de reproduction » (Dawkins, 1999). En effet, ce sont les gènes qui survivent dans le temps. « Ce qui se reproduit dans la nature, ce ne sont pas les individus, mais leurs gènes ». Les individus sont soumis à disparaître. Seule une partie de leurs gènes se transmet. Les individus sont les instruments, les véhicules des gènes » (Gouyon *et al.*, 1997, p. 179).

Mais la biologie ou la psychanalyse n'est pas seule à être mobilisée pour expliquer le « désir d'enfant ». Les normes sociales sont prégnantes. Celles-ci situent le féminin dans le mariage et dans la maternité. L'homme doit laisser une descendance pour prolonger la lignée. L'homme et la femme doivent répondre à une injonction sociale. Ce rôle reproductif s'effectue par et dans le mariage. La procréation est indissociable du mariage. Certaines études anthropologiques ont montré qu'il constitue le moment privilégié qui doit remettre les individus à leur vraie place. Ces rôles renvoient au statut et l'identité de la famille dans son ensemble qui se joue dans les alliances conjugales » (Timera, 1996, p. 121). Pour Tabet voit que c'est la naturalité de la procréation qu'il conviendrait, en premier lieu, de problématiser. Ce n'est manifestement pas la voie suivie par la critique féministe en sciences sociales et les études genre, qui ont axé leur réflexion sur la construction de la sexualité et du désir (Rubin, 2001; Butler, 2005).

Pour nos interlocuteurs, « faire une famille », c'est reproduire et concrétiser un projet d'enfant qui ne peut se faire que par le mariage. Beaucoup de femmes se comparent avec les femmes connues au nom de filles-mères. Elles s'interrogent sur le fait qu'elles aient des enfants hors mariage alors qu'elles se conforment aux normes sociales et religieuses et pourtant elles trouvent des difficultés à procréer. Elles expliquent que les filles-mères » ne pensent pas à l'intérêt de l'enfant. Écoutons

« Sans porter un jugement sur ces femmes là, mais je trouve que c'est contradictoire, il y a des femmes qui mènent des relations illicites et arrivent à avoir des enfants, ensuite elles enfantent et abandonnent leur bébés, alors que nous, dans une relation reconnue par la loi et par la religion et c'est difficile d'avoir plus au moins un seul enfant ».

La sociologue française Irène Théry montre que « le mariage ne signe plus la constitution d'une famille, le projet d'enfant semble bien le fondement majeur » (Théry 2005, p. 53). Par contre, dans le contexte algérien, l'enfantement n'est accepté qu'à travers le mariage. Car il désigne l'institution matrimoniale qui rend l'union légitime, que ce soit au regard de la coutume, de la religion ou de l'État distinguant le mariage légitime au mariage de fait. Pour notre interlocutrice, le mariage constitue le moment privilégié qui doit remettre les individus à leur vraie place. En effet, les hommes et les femmes s'efforcent de réaliser cet idéal à leur vie. Ils déclarent qu'il

suffit d'avoir un enfant pour faire une famille. Le désir d'enfant exige de se placer dans la perspective de l'enfant à venir en appréciant son « intérêt ». « La notion d'« intérêt de l'enfant », aussi difficile à circonscrire que fréquemment avancée, sert à contenir les dérives possibles vers un « droit à l'enfant » unanimement dénoncé aussi bien par les patients que par les personnels soignants » J-H. Déchaux, 2014, p. 547). C'est encore une fois la force des sentiments qui est supposée faire la distinction et définir ce que sont les « bons parents ».

Parlant du désir d'enfant, il ressort que dans nos différents entretiens avec les couples, en leur demandant pourquoi il est si important d'avoir des enfants, les réactions sont différentes. Pour les femmes, le rire et parfois l'étonnement constituent leur première réaction. Les hommes s'étonnent et restent silencieux. Pour eux, il semble que tous les humains sont programmés pour se reproduire, cela rappelle la nature humaine. C'est un élan naturel. Toutes les espèces se reproduisent, et la procréation relève de l'ordre du vivant, auquel nous, espèce humaine, appartenons et de ce pour quoi nous sommes faits : prolonger l'espèce. Par conséquent, il semble que nos questions sur le sujet ont perturbé l'ordre naturel des choses perçu selon nos interlocuteurs. C'est comme si nous leur avions posé une question qui n'a pas de sens, à laquelle la réponse est tellement évidente qu'il serait ridicule de s'interroger à son sujet. Le désir d'enfant est davantage abordé, selon nos interlocuteurs, comme un besoin naturel d'accomplir un devoir envers soi-même, la famille et le groupe social. Nous reprenons les propos de F. Héritier qui sont toujours d'actualité, qui montrent que la volonté d'enfantement représente un désir éminemment social qui s'apparente d'abord au devoir de procréation et à l'obligation sociale de perpétuer l'existence des ancêtres. (Héritier 1985, p : 10).

Lorsque la question de l'infertilité est soulevée, les femmes en premier lieu invoquent ce désir d'enfant. L'expression: « *je désire un enfant pour faire une famille* » est récurrente. L'expression dans notre arabe dialectale est : « *rani baghia oueld bech ndir ayla*, ». Le mot « *baghia* », en langue arabe veut dire j'ai envie, je désire. La femme est l'actrice principale et première dans la quête d'enfant. Elle légitime ce désir d'enfant et s'inscrit dans l'ordre de la nature féminine. Quant à l'homme, surtout lorsqu'il s'agit d'intimité, il est souvent réticent. Et sa réticence ne veut pas dire qu'il n'a pas un désir d'enfant. Sa réticence et parfois son silence peuvent s'expliquer autrement. L'homme reflète l'image de l'homme patriarcale, signalant que l'homme est viril et à tout âge il est fécond.

Mais dans les faits, disait Marcel Gauchet (2010) « comme si les femmes désirent des enfants, alors que leurs conjoints suivent en renâclant plus ou moins, pour employer une expression

prudente. C'est sur ce front que se joue l'écroulement final du principe patriarcal. La domination masculine culminait dans le pouvoir de faire des enfants à une femme, un trait que l'on peut encore observer dans beaucoup de cultures à travers le monde aujourd'hui, en dehors du monde occidental. C'était cela qui fondait la figure du patriarche comme géniteur fécond. Il se joignait à cette puissance la responsabilité d'assurer l'existence de femmes et enfants sur le plan matériel » (M. Gauchet, 2010, p. 21).

Mohamed est âgé de 42 ans. Il est un pompier, disait : « *Je suis marié tardivement, et mes parents me disaient toujours, marie toi et fais des enfants, fais toi l'Ayla pour l'avenir, une maison sans enfant ce n'est pas une maison....un couple marié et sans enfants, est considéré comme khaima (une tente) sans piliers, elle tombe rapidement. Ces piliers la fait maintenir très longtemps* ». Dans la culture arabe, le mot (*khaima*) représente une (tente) au sens physique et au sens symbolique veut dire (*ElAyla*) la grande famille qui protège ses membres. Donc, le désir d'enfant renvoie à la représentation de la famille patriarcale qui associe l'enfantement comme la nature de femme et la famille comme une protection sociale et de la survie.

Enfant et « faire famille » sont associés. La volonté d'enfanter n'est qu'un prolongement naturel du couple pour construire une famille. Cette volonté revêt une place particulière dans l'histoire des couples, particulièrement les femmes. L'enfant n'est pas seulement l'affaire d'un homme et d'une femme mais aussi celle de la famille. Assumer le rôle de procréation serait non pas pour soi mais pour le groupe social. Ceci a été toujours au nom de la nature, de l'amour ou du devoir maternel » (Kergoat, 2000, p. 37). « Sa fonction sociale de reproductrice » est impensée tant la grossesse est considérée comme un état naturel, évident au point qu'il n'est ni nécessaire, ni légitime d'en parler » (Devreux, 1988, p.161).

Les femmes tentent de se servir de la maternité comme un atout pour construire une famille. La perception de l'enfant comme une richesse matérielle n'est plus d'actualité, il est loin de représenter comme une main d'oeuvre gratuite ou une sécurité mais l'enfant est plutôt perçu en termes de support symbolique de sorte que la femme mère consolidera son statut social. Selon elles, la famille est sacrée. Cela s'explique par une sacralisation de la femme en tant que mère qui pourrait mettre au monde éventuellement des enfants et accomplir de cette manière son devoir procréatif. « *L'enfant, c'est important, pourquoi on se mari ? C'est pour avoir des enfants et construire une famille, c'est normal, je suis étonnée d'entendre femmes sans enfant volontairement ! Pour moi, la famille c'est sacrée et sans enfant je ne peux pas dire que j'ai une famille à moi* ».

Les transformations sociales n'ont pas effacées le système traditionnel qui imprègne encore la famille algérienne. La procréation est une injonction sociale qui ne conçoit la femme mariée que comme mère avant tout.

2. La survalorisation du statut de Mère : la femme est-elle mère par nature ?

La famille algérienne soutient la nécessité de l'enfant pour laquelle une femme mariée n'est une femme que si elle est mère, une idéologie droitière aux préoccupations naturalistes et qui rencontre avec bonheur les intérêts scientifiques et pécuniaires de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique (Rouch, 1991, p. 246). Ce rôle de devenir mère est intériorisé par la femme elle-même selon les préceptes de l'idéologie patriarcale.

En effet, les logiques sociales des femmes et des hommes dans le champ de la procréation dévoilent la construction sociale du statut de mère. Les rapports de pouvoirs sont prégnants. Natalie Oria et Jérôme Camus notent que « devenir mère ne se réduit pas, en effet, à donner naissance à son premier enfant. L'évènement biologique n'est que le substrat autour duquel vont se développer des processus sociaux et symboliques qui rendront possible le statut de mère » (Oria, Camus, 2013, p.111). La société survalorise le rôle de la mère et qui sur-responsabilise les femmes.

Fonder une famille apparaît comme « l'unique issue pour gagner en prestige identitaire » (N-C. Mathieu, 1985). Pour les femmes, l'infertilité ne peut pas être réduite simplement à un aspect médical et biologique. Elles ne décrivent pas leurs difficultés procréatives de façon mécanique. Elles les abordent aussi dans leur aspect identitaire, familial et social « ... *tellement la pression familiale et sociale sont fortes quelque soit le niveau social, la cellule familiale ne peut pas être complète si elle n'a pas d'enfants, la femme même si elle est ministre et elle n'a pas d'enfant, c'est comme si elle n'est pas mariée, et donc elle n'a pas le même statut de femme, quant à l'homme !...non c'est différent ! Il se voit toujours viril et qui détient le pouvoir.* » Femme, Médecin généraliste, 38 ans.

Le recours à la PMA n'est qu'un moyen de réparer une « injustice naturelle » (Dechaux, 2014) celle de ne pouvoir enfanter par le coït. Pour les femmes sans enfant la solution qui s'impose, correspondant à un « devoir d'enfant qui doit s'interpréter comme l'obligation de donner naissance à un enfant » (Tain, 2009; Rozée et Mazuy, 2012),

Les femmes se voient confier le rôle reproductif. Leur identité est ainsi étroitement liée à la maternité. Les femmes s'engagent dans l'aventure d'une procréation médicalement assistée pour concrétiser le souhait d'être mère. Les techniques de la PMA se réfèrent à la notion de désir d'enfant pour qualifier la demande exprimée comme un souhait conscient : vouloir un enfant,

besoin d'un enfant, vouloir être mère. Cette demande peut devenir insistante. Les attentes des couples restent en effet au-delà des investissements physiques, psychologiques et financiers qu'ils consentent pour réaliser leur projet parental et par conséquent leur propre famille. C'est l'intensité de ces attentes qui pourrait supposer que la demande faite à la médecine reproductive dépasse le simple cadre d'infertilité et concerne tout un processus de réparation d'intégration plus complexe.

Vouloir un enfant, désirer un enfant, semble vouloir dire la même chose, c'est une démarche consciente et raisonnable. « *Je suis ici dans ce centre c'est pour avoir un enfant, je veux un enfant, le plus beau désir au monde, c'est une autre manière de dire que je veux être maman, comme toute les femmes... nous vivons dans cette société qui ne croit qu'à la femme mère, un enfant à qui je lui transmis l'éducation et l'amour, le savoir...* ». (Naima, 31 ans, enseignante du secondaire).

Désirer un enfant signifie vouloir être père, mère ou parents. La conception de ce désir formulé par les femmes et les hommes reflète leur représentation qu'elles se font de la famille et de la parenté. L'enfant symbolise la continuité de soi, la continuité de la famille au sens large, voire même la transmission des valeurs, l'éducation et le savoir. C'est se conformer aux idéaux sociaux et familiaux de la société. L'enfantement est perçu par ces femmes comme étant un passage obligé. Une femme n'est reconnue comme tel que si elle a des enfants. Un homme sans héritier s'inquiétera du futur de ses biens et de son nom après sa mort. « Fonder une famille comme unique issue pour gagner en prestige identitaire » (Mathieu N-C, 1985). Et souvent l'expression évoquée pour définir le statut la « femme complète » est celle ayant accédée à la maternité » (Héritier, Françoise, 1989).

A la fin des entretiens, les femmes disent : « *le paradis est sous les pieds de mères* » ou « *On dit que pour accéder au paradis, il fallait être dans l'obéissance et l'amour total de la mère, n'a-t-on pas dit que le paradis est sous le talon des mères ?* ». La valorisation de l'enfant tire profit de la glorification de la mère. L'enfant va aider la femme à accéder son statut de mère. Elle sera un personnage aimé et glorifié.

Selon les couples, la mère a le pouvoir de bénir ou de maudire ses enfants en raison de la peine qu'elle s'est donnée pour élever ses petits. C'est un grand sacrifice dont les fils et les filles lui conserveront un sentiment fort et intense. Pour ces femmes et ces hommes, leur rôle est défini dans la maternité et dans la paternité. Il nécessite de façon déterminante d'avoir des enfants. Un grand nombre d'écrits anthropologiques, sociologiques et ethnographiques sur l'Afrique

soulignent que le statut social de la femme africaine est généralement et essentiellement lié à son statut de mère (Inhom, 2003).

3 - L'expression familiale du désir d'enfant

La reproduction s'inscrit dans une logique qui dépasse les cadres individualistes du projet parental. Elle se réfère à des valeurs et à des normes sociales et culturelles. Pour certains couples, l'enfant dépend de son groupe d'appartenance sociale. L'encrage familial imprègne l'imaginaire du couple, au point où ils considèrent que « *lorsque la femme se marie, elle se marie avec la famille* ». Cette représentation appartient à l'ordre établi qui règne dans la société et n'est pas inconsciente mais appartient à l'ordre de la conscience sociale.

Le réseau familial construit le désir d'enfant. Il s'agit d'une captation collective du désir d'enfant par le réseau familial. La venue d'un enfant mobilise toute la famille, considérant que la reproduction d'une société passe impérativement par celle de ses membres (Héritier 1985). Le statut de la femme infertile est dévalorisé par rapport à celles qui procréent (Benabed, 2008). Quand nous évoquons les raisons d'une telle importance donnée aux enfants, les femmes nous répondent qu'il s'agit d'une exigence sociale. Le désir d'enfant est socialement encouragé. Vouloir un enfant n'est pas un simplement un désir personnel, mais un désir familial. « *La famille le réclame* ». Les couples, dans leur volonté d'avoir un enfant, se placent dans une dette familiale, plutôt que dans un désir conjugal (Delaisi de Parseval, 2008; Héritier-Augé, 1985). La famille revendique la venue de l'enfant. Les couples se retrouvent endettés face à la famille et à la société. Ils sont soumis aux normes de la reproduction sociale, dans les limites de leur groupe d'origine et l'appartenance sociale « se communique de génération en génération ».

A contrario, Jean-Hugues Déschaux montre que le désir d'enfant est une construction autonome du couple dans les sociétés occidentales. « La procréation n'est plus le fruit du hasard ; elle relève de l'action délibérée du couple. L'enfant est non seulement rare mais désiré, attendu. La nature du désir évolue elle aussi : on fait un enfant, non plus pour la société ou pour la lignée mais pour soi » (Déschaux, 2014, p. 552). « Le désir d'enfant ne se décline pas uniquement par rapport à soi. Il reste encadré et pris en charge par la lignée familiale » (Mebtoul, Benabed & al, 2017). Il nous semble difficile d'évoquer « une individualisation de l'enfantement » selon le propos de Marcel Gauchet (2004, p. 103). Car l'enfant qui va naître renouvelle la vie et assure la continuité. « Naître est un phénomène plus individuel, initiant une manière unique d'être au monde. Il est, en même temps, un phénomène collectif, en ce que le nouveau-né, membre de l'espèce humaine, appartient à une histoire et à une trajectoire plus vastes » (Pierron, 2003, p. 46).

D'ailleurs, le philosophe, Platon dans « Le Banquet » écrivait : « C'est de cette manière que tout ce qui est mortel se conserve, non point en restant toujours le même comme ce qui est divin, mais en laissant toujours à la place de l'individu qui vieillit et s'en va un jeune qui lui ressemble ». D'ici, nous pouvons nous demander : est-ce une nécessité ou s'agit-il de répondre à un devoir trans-générationnel ? René Frydman se posait déjà la question en 1986: « est-ce le dur désir de durer (Paul Eluard) ? Est-ce le désir d'être enceinte, d'assurer sa féminité, de prendre la place de la mère? Est-ce pour soi, pour les parents, pour l'enfant ? Y a-t-il un devoir d'enfant par rapport à la religion, en référence à (croissez, multipliez-vous), par rapport à la famille concernant l'héritage? Y a-t-il un besoin d'enfant afin de juguler les quatre angoisses inhérentes à tout être humain selon la conception bouddhiste de la vie : l'angoisse d'être né, l'angoisse de vieillir, l'angoisse de tomber malade et finalement l'angoisse de mourir » (Frydman, 1996, p. 20).

Ce désir est aussi lié à une volonté de produire un modèle familial relativement différent de celui connu à l'enfance. Djamila a bien désiré un enfant dont le projet l'a été contrarié. Pour se référer à sa famille, elle s'apparente à un désir de reproduire un nombre d'enfant constituant une famille à elle, mais différemment. « *Dès mon mariage, j'ai voulu trois enfants et pas plus, alors que mon mari ne parlait plus du nombre, d'ailleurs je suis grandie dans une famille nombreuse, mais pour moi, non, trois ça suffit, j'imaginai une famille de cinq personnes, mais nous sommes dans situation où à peine avoir un seul enfant ça fait déjà une famille* ».

4. L'enfant, un épanouissement personnel

Les propos tenus par les femmes et les hommes à propos de l'enfant s'inscrivent dans un registre d'émotions oscillant entre espoir et désespoir. L'enfant constitue un réel soutien émotionnel pour les femmes. Toutes les femmes signalent l'importance de l'enfant dans leur vie. Ce statut de mère est constitutif de leur existence et essentiel à celle-ci. L'enfant leur donne un sens. Toutes manifestent un sentiment d'amour.

« *...Avec l'enfant je pourrais créer une famille...l'enfant représente tout pour une femme qui n'a pas d'enfant...la raison pour laquelle je suis ici...au fait, ce que tu n'as pas pu faire dans ta vie, tu veux que ton enfant le fasse pour toi,* » dans un autre entretien elle disait : *je veux prendre soin de lui, jouer avec lui, l'accompagner l'école, je sais que je peux être une bonne maman et donc une bonne famille...* ».

Le désir d'enfant reflète ce rôle d'être une mère, mais également les aspects relationnels et éducatifs nécessaires à la relation mère-enfant. Les mots qu'elles utilisent mettent en avant une

forme de complétude et de disponibilité à assumer leur rôle maternel. Les femmes investissent en la maternité comme projet de vie et espace de réalisation personnelle. La maternité les renvoie immédiatement et irrévocablement à une préoccupation de soutien et de compétence parentale. Elles consacrent tous leurs efforts pour assurer une bonne éducation à son enfant. Elles accordent une importance considérable à son éducation, à l'affection, à l'amour qu'elles peuvent lui donner. Les femmes investissent également tout leur espoir dans leurs enfants. Elles se projettent sur l'enfant (Mebtoul & Selmi, 2017). Elles souhaitent voir en eux l'accomplissement de projets qu'elles auraient aimé faire.

Le fait de procréer est perçu comme « naturel ». Avoir un enfant relève d'un accomplissement naturel de la féminité. Dans leurs représentations, être une femme passe par le fait d'avoir un enfant, ou, tout du moins, d'en avoir la capacité : *«être une femme, pour moi, c'est avoir la capacité de faire des enfants, « ce qui fait d'une femme une femme, c'est le fait de naître femme, d'avoir la possibilité d'avoir des enfants, moi, je me vois comme ça. (...) Le fait que je suis mariée et je n'ai pu mettre des enfants au monde, ça, ça a fait de moi une femme mais quelque chose qui manque...»*

L'idée de maternité est l'accomplissement de la féminité. On retrouve l'idée qu' « une femme qui n'a pas d'enfant ne s'est pas totalement réalisée » (Bajos et Ferrand, 2006, p. 92). Autrement dit, une femme mariée et qui n'a pas d'enfant est « incomplète ». La capacité de faire des enfants, renvoie à la féminité qui s'ancre dans la procréation.

Pour les femmes cadres, avoir un enfant prend forme d'une exigence de réalisation personnelle, de souhait de maintien et de consolidation du couple. Il est au cœur de l'épanouissement conjugal. La venue d'enfants a également été présentée comme la principale source de bonheur pour les femmes et les hommes. « L'enfant prend forme au croisement des exigences de réalisation personnelle, des souhaits de consolidation du couple, du besoin de conformité aux modèles culturels de fécondité, des volontés de transmission ³⁹» (Nicoletta Diasio, 2009, p. 09).

«... Si on se marie et on n'a pas d'enfants, c'est quelque chose qui ne va pas. Si la femme et son époux vivent tout seul, c'est quelque chose qui vous manque, et j'ai peur que mon mari se remarie, les enfants ça fait garder l'homme pour elle, ...sans enfant je ne pourrai dire que je suis en famille ou j'ai eu famille, c'est l'enfant qui fait famille avant tout, et puis, l'enfant c'est le bonheur ». Allia, 34 ans, femme au foyer).

³⁹Diasio Nicoletta, « Comment l'enfant fait-il famille ? », *La Revue des sciences sociales*, « Désirs de famille, désirs d'enfant », n°14, 2009, p : 9

L'enfant représente une force qui maintient le lien familial. Il est aussi une garantie pour maintenir le foyer en sécurité dans la belle famille. Il joue un rôle positif dans le renforcement des liens sociaux. La femme sait que l'absence d'enfant permet à l'homme de se remarier. Les rivalités entre les épouses sont prégnantes.

Des travaux récents mettent l'accent sur le rôle de l'enfant comme générateur de liens, l'enfant est un « focus » qui crée des activités et des intérêts partagés qui recomposent les relations, en particulier entre les conjoints (Widmer, Levy, Kellerhals, 2005, Feld, 1981). L'étude de Jean Kellerhals sur le fonctionnement des couples apporte toutefois une image plus ambiguë. La venue de l'enfant est associée à une clôture et une plus grande fusion du couple, mais à des modes de régulation plus sexués. (Kellerhals et al. 2004, Widmer et al. 2003).

Dans un article portant sur l'étude de l'infertilité chez les femmes, Parry (2005)⁴⁰ montre que le désir d'enfant n'est pas seulement lié à l'idée de reproduire ses propres gènes. Il est aussi fortement lié au désir de créer un enfant qui consolide le couple et brise le sentiment du vide et de la solitude. Avoir un enfant n'est pas seulement la possibilité de se reproduire, mais surtout la possibilité de créer un troisième être qui personnifie le couple.

Certaines femmes continuent à avoir un fort désir de maternité par choix personnel et individuel. Il représente à lui tout seul un message d'amour et d'espérance. Ces femmes assurent que, si elles avaient voulu avoir des enfants, elles auraient, pu articuler vie professionnelle et vie familiale. (Cette question sera développée dans le chapitre suivant).

Il est aussi celui à qui on transmet des valeurs, une éducation, un savoir et d'une histoire familiale. Le désir d'enfant est fondé une famille en tant que rapport de filiation. Les couples se positionnant dans un « besoin d'enfant » et de reconnaissance sociale devenant vital » (Bessoles, 2001, p. 103) Il semble qu'il est difficile d'essentialiser le statut de mère dans un système sociopolitique qui participe activement à lui tracer les contours et les limites à ne pas dépasser.

« Faire une famille » est donc souvent perçu comme une étape naturelle dans le parcours du couple. L'enfant incarne une preuve de bonheur auquel tout le monde a droit, c'est un signe de santé. A contrario, le mariage pourrait être considéré comme un état problématique lorsqu'il est associé à une absence d'enfant. L'infertilité est donc l'anormalité. Elle est ressentie comme une source d'aliénation sociale. Le gynécologue et responsable d'un service de PMA, disait :

« Je reçois des couples qui présentent des difficultés de procréer, ils sont en plein détresse, être infertile ou sans enfant c'est comme un drame, c'est presque un « cancer familial et social », il

⁴⁰D.C., Parry 2005, "Women's Experiences with Infertility: The Fluidity of Conceptualizations of 'Family', *Qualitative Sociology*, Vol 28 (3): 275-291.

faut les voir c'est dramatique... ». Cependant, le besoin d'enfant d'une femme mariée ne pouvant pas procréer est considéré comme légitime mais contrarié. C'est le cas de Karima : une jeune femme mariée depuis sept ans, programmée pour une deuxième FIV. Son mari présente une (oligospermie) explique : « *c'est un désir d'enfant mais contrarié par un obstacle qui, peu à peu, devient insupportable* ». L'assistance médicale à la procréation va donc répondre à cette exigence d'enfant et rendre ce besoin d'enfant plus légitime.

Parfois, les couples réinterprètent le rapport de distanciation de médecins à leur égard comme une forme de non reconnaissance de leur désir d'enfant. Ils sont souvent contrariés par le temps institutionnel. Il n'est pas souhaitable que la question du désir d'enfant soit renvoyée de la consultation, comme le souligne Dominique Memmi (2001). Les praticiens sont surchargés, ils ont souvent peu de temps. Fruit de leur ethos et de leur expérience professionnelle, ils ont fréquemment des préférences propres quant aux décisions à prendre. L'envie de faire parler ne les tараude pas tous, ni avec tous » (Memmi, 2004, p. 142). Parfois, certains gynécologues disent qu'ils jouent un double rôle : celui du médecin et du psychologue. Or, le travail psychologique autour du désir d'enfant devrait plutôt se situer avant les protocoles médicaux. Proposer aux couples de recourir à l'adoption (au sens de la *kafala*) est aussi une solution parmi d'autres pour réaliser leur désir d'enfant.

5. Une autre façon de faire famille : une *Kafala* genrée

Certains couples développent une double stratégie pour faire une famille. La première est le recours aux techniques d'AMP disponibles. La deuxième est la mise en place d'une solution alternative : celle de la *kafala*. Ce mode d'accès implique une longue procédure avant d'être envisagé conjointement. Souvent, les médecins conseillent leurs patients de recourir à la *kafala* face aux échecs de la PMA. Le droit algérien a interdit l'adoption. Mais il a permis à l'enfant abandonné ou sans famille d'avoir une famille qui le recueillera légalement, et qui l'élèvera comme son propre enfant par le biais de la *kafala*. Celle-ci permet à une personne qui n'a pas d'enfant de prendre comme fils celui qui n'est pas le sien. Celle-ci est construite contre l'adoption car l'exclusivité du lien de sang interdit la pratique de l'adoption. La *kafala* reste une solution réparatrice des troubles de la stérilité qui, pour pouvoir exister, a été assimilée au modèle familial de référence, mimant la filiation naturelle et consacrant ainsi une filiation biologiquement impossible (E. Barraud, 2009, p. 305). Elle est le seul moyen pour les femmes et les hommes incapables d'enfanter d'accéder au statut de parent. Elle est parfois envisagée en dernier recours. Dans cette optique, elle est souvent vue comme une solution par défaut. Notre

recherche montre que la décision de la *kafala* fait l'objet de conflit et de négociation entre les membres de la famille. Parfois, ce sont les familles (lignée maternelle) qui encouragent le couple d'entreprendre les démarches de la *kafala*.

Ces couples expriment une inquiétude sur les caractéristiques morales appropriées à la qualité humaine d'un enfant biologique, condition nécessaire pour une intégration réussie dans la société. La recherche vient du fait que les couples ne pourront pas lui exiger une discipline rigoureuse par soucis de ne pas le blesser.

Certains couples sont réticents. Cette réticence s'accompagne souvent de la « peur de ne pas pouvoir aimer cet enfant venu d'ailleurs » (p.69). Cette peur de l'étrangeté s'apprécie au regard d'une conception biologique de la filiation : est « étranger » l'enfant qui ne partage aucun matériel biogénétique avec ses parents. Parmi nos enquêtés, certains ont choisi d'adopter un enfant et sont venus tenter une des techniques de la PMA. Pour d'autres, le recours à la *kafala* est une dernière solution en cas d'échec de la fiv. D'autres refusent le recours à la *kafala* tout simplement. Pour la première catégorie, le discours des couples évoque les difficultés d'enfanter. Ils ont opté pour *la Kafala* dans le but d'avoir l'enfant désespérément désiré et surtout pour combler un vide. L'enfant est réparateur de cette absence par laquelle le couple va sauver la face (Goffman, 1973). Pour ces couples, la *kafala* s'avère également une solution à leur situation. Elle leur permet d'avoir un enfant ou des enfants et d'exercer une parentalité entière au sein de leur couple. Cependant, la *kafala* est marquée par le genre. Les femmes indiquent que leurs conjoints rejettent d'idée du recours à la *Kafala*. Selon les hommes, le désir d'enfant fait référence à la nature. C'est vouloir un enfant issu de ses propres gènes. La peur de l'étrangeté s'apprécie au regard d'une conception biologique de la filiation. Cette réticence suscite aussi une inquiétude et une peur de faire souffrir qui s'ajoute à la souffrance de l'enfant et à sa vulnérabilité.

Dans une discussion collective avec les femmes, nous avons relevé certains propos liés à la question de la *kafala*. Khadija âgée de 40, blonde de peau, mariée depuis quinze ans, fonctionnaire dans une agence d'assurance. Elle a adopté un enfant issu de la pouponnière. Après une longue négociation avec son mari, celui-ci a fini par accepter, à condition qu'il soit de sexe féminin. Elle a formulé sa demande d'adoption d'enfant de sexe féminin mais sans chercher sa couleur ou connaître ses origines. Elle désirait uniquement un enfant. A présent, elle tente une fécondation in vitro dans le souci d'avoir un garçon, frère de son enfant adopté dit « makfoul ».

Khadija disait : « *Regardez mon petit bijoux, elle ne me ressemble pas beaucoup, mais elle ressemble à son père...un brin et de yeux noisettes, on dirait que c'est mon enfant que j'ai*

accouché de mon ventre, il me porte bonheur, je peux dire que j'ai réussi à faire ma propre famille, ce bonheur je l'ai arraché, mon désir d'enfant était au dessus de tout, même c'était pas facile pour l'adopter... Ouf, il fallait négocier avec le mari, appeler régulièrement la psychologue de la pouponnière, le temps d'attente...c'est un autre combat, c'est la femme qui endure tout ça, malheureusement ! C'est la femme qui fait tout le sale boulot!!».

Le désir d'enfant fait la raison centrale qui motive le couple à recourir aux centres de PMA ou d'autres structures comme les foyers pour enfants. La femme entreprend toutes les démarches. L'homme est « écarté » du « sale boulot » mais il a le pouvoir de décision. Le genre apparait clairement dans le choix de l'enfant. Il est intéressant de comprendre le pourquoi du choix de sexe ? (une fille et non un garçon). En interrogeant les hommes, ces derniers font le lien entre le sexe, l'éducation et les origines biologiques de l'enfant. Pour l'homme, adopter une fille, permettra une éducation plus facile que celle du garçon. La fille est par nature, résignée et soumise. Par contre, le garçon est insoumis. La période d'adolescence pose problème beaucoup plus chez le garçon que la fille. Le garçon n'est pas maîtrisable. « *La fille n'est pas comme le garçon, la fille par nature a peur...la fille je peux la maîtriser, mais le garçon non il peut facilement quitter la maison, et aller vers la dérive, surtout maintenant, la drogue, le vol...en plus l'adoption, c'est bien mais la question des origines est importante !!!* ».

Khadija évoque la question de la ressemblance entre enfant et les parents adoptifs. Fortier (2009), dans son étude sur le don de gamètes, montre que « la recherche de ressemblances permet de cacher la stérilité masculine à travers la question de ressemblance est implicitement conçue comme un moyen de compenser le manque du biologique » (Fortier, 2009, p. 245). Mais il semble que le recours à la kafala ne peut satisfaire ou remplacer le désir de porter un enfant dans son ventre. Notre interlocutrice nous explique que la filiation ne peut être que biologique. C'est pourquoi ces couples recourent aussi à la PMA car dans ce mode de procréation pratique, la filiation n'est pas touchée. L'union de l'enfant à ses parents est de l'ordre de la sacralisation. La filiation dans la *Charia* et dans le droit algérien ne peut être qu'une filiation réelle et authentique. Elle constitue un lien entre générations, la filiation que l'on reçoit et la filiation que l'on transmet.

La parenté comme une « conception anthropologique est influencée par l'idéologie du sang. L'héritage du sang est le vecteur de transmission des caractères spécifiques des deux lignées du père et de la mère, comme la ressemblance physique ou les traits moraux ». En effet, Agnès Fine s'interroge : « Qu'est ce qu'un parent ? : Est-ce celui qui donne ses gènes ou celui

qui donne naissance ? Celui qui prend soin de l'enfant et l'élève ? Celui qui lui donne son nom et lui transmet ses biens ? Autant de composantes de la parentalité qui se recouvraient jusqu'à une date récente dans nos sociétés » (Fine, 2001, p. 78). Elle insiste sur le rôle croissant « de la volonté individuelle dans la création de la parenté », et aussi sur l'évolution du statut des femmes dont elle souligne l'existence d'une « tension entre le sang et la volonté. « Aujourd'hui, « chacun est convaincu, en effet, que: nous choisissons le nombre de nos enfants, le moment où nous les avons, nous pouvons devenir parent avec un nouveau conjoint, sans conjoint, devenir parent tout en étant stérile » (Fine, 2001, p. 80). Par contre, la formation du couple et la constitution de sa descendance restent à nos jours une affaire familiale.

Avant l'Islam, le sens de la kafala (*tabanni*) telle qu'elle est perçue aujourd'hui en Tunisie ou en France c'est-à-dire, est centré sur l'adoption plénière. Elle signifie l'adoption avec filiation. La kafala a donc changé de sens. En effet, le prophète Mohammed lui-même a adopté Zaid ibn Harit qui était appelé Zaid ibn Mohammed. Ensuite, le verset coranique 5 de la sourate 33 « *El Ahzeb* » est venu interdire l'adoption, se référant aux enfants adoptés mais dont les parents sont connus : « *Appelez-les du nom de leurs pères : c'est plus équitable devant Allah, mais si vous ne connaissez pas leurs pères, alors considérez les comme vos frères en religion ou vos alliés. Nul blâme sur vous pour ce que vous faites par erreur, mais (vous serez blâmés pour) ce que vos coeurs font délibérément. Allah, cependant, est pardonneur et miséricordieux.* » Ce qui rendit l'adoption à partir de ce moment prohibée. Cela n'interdit pas qu'une famille intègre un enfant étranger et le protège. Il l'encourage plutôt. L'intérêt de l'enfant exige que sa conception ait lieu dans le mariage. L'enfant à naître sera identifié par le nom de ses parents, attestant tout à la fois de son hérité et de sa filiation.

Plusieurs versets coraniques interdisent les relations sexuelles en dehors du mariage. « *Rendez leurs biens aux orphelins (devenus majeurs). Ne prenez pas l'illicite en échange du licite (en substituant ce que les orphelins possèdent de bon à ce que vous possédez de mauvais). Ne substituez pas leurs biens en les confondant aux vôtres. C'est un crime énorme. Gardez-vous de les consumer par prodigalité ou en vous hâtant de les en priver avant qu'ils ne deviennent majeurs* » [Sourate 4 *El nisa* « femmes » -Versets 2 à 6] « *Ne touchez point aux biens de l'orphelin, à moins que ce ne soit d'une manière louable pour les faire accroître, jusqu'à ce qu'il ait l'âge fixe. Remplissez vos engagements, car les engagements, on en demandera compte*» Sourate 17 (*Isra*) - Verset 34 connue pour son intégrité, sa piété, sa bonne conduite, son aptitude à protéger les intérêts de l'enfant, à faire preuve de générosité et de bonté à son égard, c'est à dire l'accepter, le nourrir, l'habiller, l'éduquer et lui dire la bonne parole.

Si les relations sexuelles sont formellement interdites en dehors du mariage, dans la réalité, les multiples interactions montrent qu'elles se déploient dans les espaces sociaux. Un enfant peut se retrouver orphelin, né sous x, ou privé de ses parents, les institutions sociales prennent alors le relai. *« L'enfant n'est jamais orphelin, il y aura toujours un membre de la famille qui s'occupera de lui ; sinon il peut être confié aux couples infertiles comme nous, moi je m'enfiche de ses origines, mais mon mari a peur d'adopter... c'est vraiment injuste, des mères abandonnent leur bébé, alors nous, on a besoin d'enfant, on souffre !!! ».* Rahima, 42 ans, Educatrice).

Dans ce sens, et compte tenu de l'annulation coranique de l'adoption, nous pourrions penser qu'elle a cessé d'être pratiquée. Or la réalité montre le contraire. Dans certaines familles, l'adoption est restée une pratique ancrée. Dans le système juridique algérien, il existe un ensemble de moyens d'actions à disposition susceptible de créer un lien de filiation aux fins de contourner l'interdiction de l'adoption. A partir des entretiens avec nos interlocuteurs, il ressort que de nos jours, un nombre de familles recoure à ces moyens juridiques de manière frauduleuse par substitution à l'adoption plénière, créant ainsi une contradiction entre le droit et la réalité. La pratique de l'adoption contournant l'interdiction par des moyens juridiques mis en place est admise pour quelques familles.

« Nous avons tenté plusieurs FIV, j'ai cherché toutes les solutions possibles pour avoir un enfant mais sans succès, ma femme me parle souvent de l'adoption mais j'étais contre, si Dieu ne veut pas nous donner un enfant, on est obligé de se soumettre à sa volonté... mais mon voisin a adopté (tabanni) un enfant orphelin « illégitime » il l'a enregistré sur son livret de famille comme si c'était son enfant biologique, c'est une action altruiste à l'encontre de cette population...mais moi je ne peux pas faire ça ». Abdelkader, 45 ans, Ingénieur).

Si certains hommes décident d'adopter un enfant issu hors mariage en lui donnant le nom de famille, certains couples adoptent leur neveu pour garder et préserver ce même nom de famille. D'autres craignent que l'enfant adopté, considéré comme produit d'adultère, serait l'objet d'une culpabilisation et stigmatisation. L'interdit de la parenté adoptive en islam témoigne de l'impossibilité de penser une filiation sociale qui ne serait pas fondée sur le biologique. Il est clair que tout système de filiation articule le juridique et le biologique. Celui-ci reflète une représentation sociale du corps, de la procréation et de ses substances. Les travaux de Corinne Fortier montrent que la filiation ne passait pas nécessairement par le sang, alors même qu'on a tendance à le penser habituellement en parlant d'une idéologie du sang dans le monde arabo-musulman : le sang est avant tout considéré en islam comme une substance vitale et non comme une substance transmettant la filiation.

Autre élément important, les femmes mettent l'accent sur la notion de ressemblance. Les hommes et les femmes veulent renforcer et assumer « l'ordre naturel des choses ». Ils mettent en exergue l'idéologie culturelle de la famille valorisant les liens génétiques entre les générations vus comme « des convoyeurs puissants de stigmatisation » pour ceux qui ne s'y conforment pas » (Becker, Butler, 2005, p. 138). Cette ressemblance est perçue comme un marqueur familial. Les attentes sociales sont construites autour d'un modèle biologique de parenté. Cette ressemblance est associée à la crainte de l'illégitimité de la filiation, potentiellement stigmatisante à l'échelle individuelle et pour la « lignée » (Becker, 2000, cité in Fortier, 2009, p. 273). « La recherche de ressemblance est une façon de vérifier le bon ordre reproductif de la société » (Fortier, 2009, p. 274).

Assia est femme au foyer. Elle est âgée de 38 ans, habite dans une petite commune loin de la ville de Maghnia (région Oran-Ouest). Assia n'a pas pu suivre ses études secondaires. Elle s'est mariée pour assurer des tâches domestiques et personnelles ressenties comme prioritaires et pour se sentir plus épanouie pour faire place à l'enfant. Elle a donc préféré le mariage pour fonder sa propre famille. Or ce souhait n'a pas pu se concrétiser. Rejetant toute démarche d'adoption, elle poursuit son parcours de PMA. Elle disait :

« Le désir d'enfant c'est une question qui va de soi, désiré un enfant c'est donc faire une famille. Dans mon premier temps, je dois essayer et réessayer d'avoir un enfant biologique par FIV et en un deuxième temps, je recoure à l'adoption car j'ai toujours cette peur que si demain je lui recommande une discipline rigoureuse dans le souci de lui donner une bonne éducation, je risquerai de lui blesser, alors qu'il est déjà blessé. Il peut ressentir qu'il est mal traité, ceci peut engendrer des problèmes psychologiques et sociaux chez lui...en plus l'enfant que j'adopterai, dois allaiter ma mère ou ma belle mère pour éviter toute relation sexuelle illicite, comme ça ma mère ou et ma belle mère seront pour lui « el maharim »⁴¹.

L'extrait de Assia illustre, d'une part, une forte inquiétude sur la place et l'intégration de l'enfant adoptif dans son entourage. Elle a peur que cet engagement de recueillir un enfant privé de famille, de l'élever, de l'éduquer, ne pas pouvoir acquérir les mêmes conditions d'existence qu'un enfant né au sein de sa famille, ne pas pouvoir lui offrir une vie meilleure. Pour elle, il sera toujours stigmatisé et rejeté, avec le risque de devenir déviant. Et il se peut qu'à tout moment, il soit restitué à l'assistance publique ou à un membre de ses parents biologiques (en cas où sa filiation est connue). D'autre part, elle met en évidence l'importance de la parenté de lait en tant

⁴¹El Maharim, veut dire les personnes avec qui on n'a pas le droit d'épouser.

que lien qui induit des interdits matrimoniaux. En donnant ce lait à un nourrisson, qui n'est pas nécessairement le sien, lui transmet quelque chose de l'identité substantielle de son conjoint. Ce type de transmission suffit à engendrer des interdictions avec ceux qui partagent cette même identité substantielle, de par le lien de filiation, les prohibitions concernant tous les enfants du mari de la nourrice même si cette dernière n'est pas leur génitrice et ne les a pas allaités. L'analyse de C. Fortier sur le rapport entre substances, filiation et parenté de lait dans les pays musulmans montre qu'il existe des supports biologiques de la filiation, « mais qu'ils ne sont pas nécessairement ceux auxquels on pense spontanément, comme par exemple le sang ». En revanche, le sperme apparaît comme un support biologique essentiel de la filiation patrilinéaire.

La parenté de lait, si elle n'interfère pas avec la question de la filiation, est interdite car elle pose en revanche un problème de l'inceste. Ce n'est pas la question de la petite enfance qui est en jeu mais plutôt le statut global de l'enfant, à la fois dans le rapport de filiation et dans le rapport intergénérationnel (Laurence Gavarini, 2001). « Le statut de l'enfant ne peut plus se comprendre dans la modernité sans prendre en compte les modifications du lien fondamental à l'enfant et la modification des conditions biologiques de la procréation et de la contraception » (R. Sirota, 1998 p. 18). Selon L. Gavarini, la passion de l'enfance autour d'un enfant est devenue l'enfant du désir (Gauchet, 2004). Cette passion « qui présente des rapports évidents avec les transformations intervenues dans les configurations familiales, parentales et sexuelles. Avec les technologies de la procréation, comment en effet, procède leur « fabrication » en tant qu'individus sociaux et leur construction en tant que sujets, dans une époque marquée par cet idéal libéral » (L. Gavarini, 2004, p. 28).

Les femmes décrivent leurs expériences comme une rupture dans le cours normal de la vie, pour reprendre l'expression de (Bury, 1982), c'est une « perturbation biographique » qui prend place après le mariage. Hanane, 29 ans, femme au foyer, est mariée depuis six mois. Cette femme se présente pour une consultation. Elle ne parvenait pas à être enceinte. Son inquiétude s'explique par la norme sociale de sa famille qui prescrit la naissance d'un premier enfant immédiatement après le mariage. Elle doit prouver que le couple est en mesure de produire des héritiers. La pression familiale s'exerce surtout sur la femme acculée face à cette imposition sociale. Le désir d'enfant se transforme parfois, au fil du parcours de PMA, en « devoir d'enfant », pour honorer son statut social et ne pas être marginalisée. Les femmes ont tendance à attribuer l'infertilité à un sentiment d'un échec personnel. Par contre, les hommes considèrent que ce n'est pas leur problème. Ils se conforment au souhait de leur épouse.

Les nouvelles techniques de reproduction représentent une opportunité de se « libérer » du carcan familial. Les femmes tentent de s'épanouir individuellement au sein de l'entité familiale. Selon Jean-Hugues Déschaux⁴², « L'épicentre n'est plus dans le groupe d'appartenance mais dans l'ensemble de la société. Chacun croit être unique et autonome. On fait un enfant, non plus pour la société ou pour la lignée mais pour soi » (Déschaux, 2014, p. 552). Les femmes pensent qu'il est important de se distancier des idées reçues. « *Elle n'est pas obligée d'être comme les autres* ». Il semble que ces femmes cherchent à s'affranchir des rôles prescrits et des statuts établis par le modèle traditionnel de la famille. Leur intérêt pour ces techniques de procréation s'explique par le fait qu'elles représentent un moyen de pallier le problème majeur que constitue l'absence d'enfant dans la vie du couple. C'est l'exemple de Khadidja est âgée de 38ans, et tente sa deuxième FIV. « *A ce jour, les gens continuent à blâmer la femme pour un problème d'infertilité...et la femme de son côté se culpabilise, elle voit que la vie s'est arrêtée, elle se déprime mais je pense la déprime est du beaucoup plus au regard des gens que d'être infertile....certes on est toutes là pour faire un enfant mais... [Silence] ...en plus les nouvelles techniques...le taux de réussite est faible, les techniques ne peuvent pas faire tout...donc, moi, si cette fois-ci ça ne marche pas, j'essayerai de dépasser ces épreuve, de m'en occuper d'autres choses et vivre heureuse* ».

L'enfantement et le désir d'enfant s'inscrivent dans un espace qui concerne avant tout le couple et les deux individus qui le constituent. De Singly (1996, 2003, 2007) a privilégié dans ses analyses l'idée d'une individualisation de la famille : « La famille moderne s'est construite progressivement comme un espace « privé » où les membres de la famille ont apprécié davantage d'être ensemble et de partager une intimité, attentifs à la qualité de leurs relations. Cette séparation progressive de l'espace public et de l'espace privé va de pair avec l'augmentation du poids de l'affectif dans la régulation des rapports intrafamiliaux» (De Singly, 2007, p. 11). Certains couples ne désirent pas d'enfant aussitôt après leur mariage. Hafida est âgée de 38 ans. Son mari, Nabil, est âgé de 36 ans. Mariés depuis 8 ans, ils étaient mis en accord voulant attendre deux ans après leur mariage pour avoir un enfant. Par contre, sa femme voulait en avoir un aussitôt. Ne pas avoir d'enfant les trois premières années après leur mariage, ne l'a pas dérangé car elle voyageait beaucoup avec son mari. Après ces trois années, le besoin d'enfant est alors devenu une obsession pour elle en raison de son âge. Elle se sentait bien avec son mari. Mais leur environnement social et familial étant profondément perturbant en raison de

l'infertilité et la différence d'âge: *«Même si un couple ne veut pas d'enfant immédiatement. C'est déstabilisant. La vie du couple se déstabilise, ça va lui pourrir la vie, surtout que ma belle mère me reproche souvent que son fils est plus jeune que moi et qu'il pourrait se remarier et avoir des enfants.»* (Hafida, 38 ans, infirmière).

En postulant un certain nombre d'éléments de réponse, Ph. Descamps (2008) aborde de façon critique l'association entre femme et mère, et plus précisément entre la femme dans sa figure de mère et la grossesse. Il évoque à son tour le débat féministe qui, depuis les années soixante-dix affirmait que l'origine de l'inégalité des sexes était à chercher dans la différence des rôles dans la reproduction et qu'elle entendait rechercher les moyens de la libération de la femme de la tyrannie de la reproduction. Descamps (2008) s'attache plus particulièrement à décortiquer le discours féministe différentialiste. Selon lui, ce discours recèle la thèse selon laquelle la femme, mère ou non, est plus apte à s'occuper des enfants (nourrissons) que l'homme.

Parmi d'autres raisons avancées dans le débat contemporain, il cite « la puissance du désir d'être mère », la grossesse en tant que telle est parfois perçue comme créatrice du lien mère-enfant, d'où l'expression de Ph. Descamps d'« utérus aimant » (Descamps, 2008, p. 135). Il critique en effet, cette perspective, notant au passage que le rapprochement essentialiste entre la femme, l'enfant et la nature qui la sous-tend a été longtemps présente dans des discours destinés à asseoir la domination masculine. « La différence des sexes, comme élément de cet ordre naturel de la génération, devrait donc être pleinement assumée par le droit. Mais au-delà de l'assomption d'une humanité divisée en deux sexes, le discours différentialiste insiste aussi sur une revalorisation et une mise en avant du caractère proprement et exclusivement féminin.

Or ce caractère, tel qu'il est décrit dans ce discours, a pour principale vertu d'être plus naturel que celui de l'homme, plus doux aussi, plus proche de l'enfant, plus maternant, etc. Et comme on l'a vu ce caractère plus naturel et plus aimant est lié à la gestation non pas conçue comme expérience vécue par les mères qui ont accouché, mais comme attribut des femmes en général en vertu de leur seule appartenance au sexe féminin. Il consiste à montrer que la procréation comme fait naturellement féminin et une des manifestations d'un caractère plus fondamentale appartenant en propre au sexe féminin » (Descamps, 2008, pp. 146-147).

Conclusion

Le « désir d'enfant » et « faire famille » renvoient à la question du sens produit par les couples. La reproduction comme forme d'injonction sociale et l'enfant comme but recherché pour les couples : l'enfant, plus qu'un désir conjugal, devient le sens de vie. Sans lui la famille ne pourra exister. La nécessité d'avoir un enfant efface toute autre considération que faire une famille. La famille, qui pourra être, selon des schémas normés, une « bonne famille » ou une « mauvaise famille » reste une valeur et un lieu affectif pour tous.

Les conceptions du désir d'enfant, telles qu'elles sont alors formulées par nos interlocuteurs, donnent à voir en retour les représentations qu'ils se font de la famille et de la parenté. Moteur de ce désir d'enfant : le souci de la transmission ; transmettre, oui, mais des valeurs qui témoignent des métamorphoses contemporaines de faire famille aujourd'hui que tous n'acceptent néanmoins pas.

Il faut également relever ici la mise en avant d'un désir d'enfant au masculin. Certes, du côté des patients, de nombreuses femmes mais aussi des hommes soulignent qu'une femme ne le devient vraiment que lorsqu'elle a un enfant, évoquant alors, dans une forme d'essentialisation, la consubstantialité entre l'être féminin, le désir d'enfant et la maternité, au sens d'une corporéité (le désir de grossesse). Et les hommes, pour leur part, associent souvent plus ce désir d'enfant à un désir de transmission, au souhait de laisser une descendance, réaffirmant ainsi la paternité du côté du social

Le désir d'enfant et faire famille fait écho aux traces d'un discours naturaliste sur la femme comme mère et dans le discours féministe différentialiste qui renvoient également aux représentations liant l'accomplissement de l'être-femme à la maternité. Les représentations indiquent qu'une femme n'est pas considérée comme telle tant qu'elle n'a pas procréé.

Après avoir examiné la dimension sociale du désir d'enfant et le genre dans l'organisation de la reproduction, dont nous venons de voir qu'elle est centrale dans le discours autour du recours à la PMA, il s'agit à présent de percevoir la façon dont les couples perçoivent les nouvelles techniques de la reproduction.

Chapitre 5

Les sens pluriels de l'assistance médicale à la procréation

« Nous appelons sociologie [...] une science qui se propose de comprendre par interprétation l'activité sociale et par-là d'expliquer causalement son déroulement et ses effets ». Max Weber, *Économie et société* [1922], trad. française. Paris, Plon, 1971 ; réédition. Presses Pocket, « Agora », 1995, vol. 1, p. 28.

Introduction

Dans ce chapitre nous nous intéressons aux sens pluriels produits par les femmes et les hommes à l'égard de la procréation médicalement assistée à la (PMA). Il s'organise autour de deux axes. Dans le premier axe, nous montrerons que la PMA, au-delà des mots, il s'agit d'une médicalisation, qui s'applique à la procréation et l'engendrement, bouleversant les mentalités. Elles déstabilisent les représentations culturelles traditionnelles de la reproduction humaine, dévoilant l'affrontement des valeurs. La scène de la procréation se déplace de l'univers conjugal à celle de la médecine et des laboratoires. Il s'agit donc de questionner la façon dont les couples pensent et conçoivent les techniques de l'assistance médicale à la procréation, en insistant particulièrement sur les éléments qui leur semblent essentiels dans leur expérience vécue. Nous allons insister sur le fait que l'infertilité est considérée comme un événement négatif dans la vie du couple et associée des stigmates car « les critères que la société lui a fait intérioriser, sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience » (Goffman, 1975, pp : 17-18). Le couple est perçu par son entourage comme un couple hors normes. Il va donc s'engager de façon résolue et pragmatique dans l'épreuve de la procréation médicalement assistée, quand il constate qu'il est dans l'incapacité d'enfanter. Il nous semble donc essentiel de comprendre les valeurs produites dans la société et les familles concernant les questions centrales de l'enfantement et du statut de l'enfant. L'objet est d'appréhender les rapports construits par le couple face aux techniques de l'assistance médicale. L'expérience humaine et intime du couple est partagée avec le médecin et le biologiste où la sexualité n'apparaît pas nécessaire à la reproduction. Les procédés biotechniques de l'assistance médicale à la procréation créent un nouveau cadre social de la fécondation marquant un glissement de l'intimité vers une intervention technique.

Dans le deuxième axe, nous continuerons à démontrer les différentes significations de la PMA. Au nom de la lutte contre la stérilité, c'est le corps des femmes qui va être totalement soumis à cette expérimentation biologique. Les femmes sont confrontées à une longue temporalité marquée par des échecs et des errances thérapeutiques. Elles observent un accroissement des dépenses financières liées aux multitudes consultations non fructueuses, aux examens à refaire et à des traitements inefficaces. Autant de raisons qui vont les conduire à opter pour la PMA en urgence. Cette pratique médicale est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle aide à obtenir une grossesse en favorisant la rencontre entre les gamètes mâles et femelles. Il s'agit d'une conception d'un enfant grâce à l'insémination artificielle. Elle est pratiquée pour remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique est médicalement constaté. Le recours à cette aide médicale est loin d'être naturel. La stratégie dominante de l'institution familiale et le centre de la PMA se conforme à la norme sociale et au système de genre. C'est le corps féminin qui est d'abord désigné comme siège de l'infertilité et donc prioritairement mobilisé pour l'intervention thérapeutique.

Le genre apporte un éclairage sur l'analyse de ces processus qui s'expriment à travers l'usage des techniques reproductives et leur mise en scène auxquels nous essayons de tracer certains traits des rapports sociaux entre hommes, femmes et professionnels de la PMA. Celle-ci crée une dissociation entre procréation et sexualité. L'acte sexuel n'est pas nécessaire. Dans un parcours de procréation médicalement assistée, le couple échange son intimité contre l'effervescence d'une équipe médicale qui va scruter avec eux chaque étape du processus. La relation du couple ne serait pas non plus indispensable mais l'unité de procréation se modifie avec la présence du médecin. Comme le note la sociologue Laurence Gavarini (1986), « le médecin fait presque partie de la cellule conjugale reproductrice, il en est en tout cas la référence autorisée et autorisante » (Gavarini, 1986, p. 203).

1. L'infertilité : Une justification du déploiement technique de la PMA

Quand la fertilité ne peut s'exprimer naturellement ou quand aucun traitement ne peut la rassurer si elle est défaillante, un geste technique médical peut être posé pour favoriser la rencontre des gamètes, la fécondation et le développement embryonnaire. L'infertilité et la procréation médicalement assistée deviennent un couple indissociable. La PMA, souvent considérée comme un ensemble de techniques, est une médecine de l'infertilité récente où l'histoire médicale de chaque couple est examinée afin de lui proposer la prise en charge la plus adaptée. Les couples âgés entre 27 ans et 35 ans n'ont toujours pas conçu après plus de 12 mois de rapports non protégés en période fertile. Tout traitement prescrit, même le plus simple comme le citrate de clomiphène par voie orale, qui stimule la croissance des follicules ovariens par un mécanisme de rétrocontrôle indirect, est considéré comme une aide médicale à la procréation. L'infertilité est devenue un problème ayant une solution technique (Tain, 1999).

Dans la sociologie des sciences, des auteurs ont montré que ces techniques sont agissantes dans la reconfiguration de certains rapports de domination et sur la définition des rôles sociaux (et de genre). Les études de genre ne cessent de critiquer les aspects des inégalités de sexe et de la reproduction de la domination masculine comme origine ou une partie des rapports sociaux. En effet, Delphine Gardey (2005), en tentant d'établir un lien entre deux mondes celui de B. Latour et de P. Bourdieu, disait : « Les objets techniques attrapent un sexe, comme les humains, contribue à la solidité des relations de sexe en général donc à la domination, ainsi les objets jouent dans les relations de genre, ils concourent efficacement à les définir, les modifier, les solidifier[...] l'ambition est ainsi de contribuer à penser comment dans l'intimité des pratiques techniques- ces temps et espaces multiples où l'interaction des personnes et des choses est à l'œuvre s'édifie, se reconfigurent et se reproduisent des relations sociales et en particulier de genre » (Gardey, 2005, p. 241). Ainsi, l'auteure a montré que ces techniques s'introduisent dans l'intimité où des interactions entre les personnes et des choses reproduisent des relations sociales et en particulier de genre.

La médicalisation de l'infertilité s'inscrit dans un contexte de valorisation du progrès médical dans lequel les médecins apparaissent comme des spécialistes qui vont remédier à la maladie (Becker, 2000). Les médecins et les biologistes interrogés voient que ces femmes sont en bonne santé mais leur corps pose un problème « d'incapacité ». La PMA va être présentée comme une solution à leur infertilité. Dans cette optique, ils identifient l'infertilité comme un corps à réparer.

L'infertilité est donc l'une des principales causes du développement des techniques d'AMP visant à la contourner à partir de la fécondation in vitro. La reconnaissance médicale de l'infertilité est donc le premier motif de recours à l'AMP. Louis Vandelac, soutient l'hypothèse que l'infertilité est essentiellement une entreprise de légitimation du développement et de l'implantation des technologies de procréation. Cette analyse vise à démontrer que l'infertilité et sa médicalisation fournissant la justification idéologique au développement de la recherche scientifique résolument tournée vers la recherche génétique et les bénéfices commerciaux qui en découlent. (Vandelac, 1988). Les intérêts du corps médical et scientifique, les personnes infertiles, les intérêts commerciaux, les organismes porteurs de préoccupations éthiques s'affrontent.

Dans l'interprétation des couples infertiles, certains soulignent l'absence d'évaluation scientifique et de dialogue entre médecins et patients, permettant de comparer les taux de succès et d'échec. Ce qui fait qu'ils ne sont plus au stade de la médicalisation du corps par la médecine obstétricale, mais bien à l'étape de l'expérimentation sur le corps par le biais de la procréation médicalement assistée, d'où les expressions : « maternité en laboratoire », « enfant chimique », « enfant de la seringue » s'installent ». Or, des demandes sont plus pressantes, voire incessantes. Pourquoi et jusqu'où certaines femmes ou certains couples sont-ils prêts à endurer tous ces traitements ? Ces questions reviennent très souvent dans les entretiens des couples qui suivent ou précèdent une FIV.

Cette « demande d'enfant » croise une offre médicale. La médiatisation de ces nouvelles procréations fabrique une nouvelle réalité encourageante pour les couples. Avec ou sans cause, l'infertilité n'est plus tolérée. Le discours médical place ce désir d'avoir un enfant dès que la grossesse tarde à s'annoncer. Le manque d'enfant se fait sentir à cause d'une douleur vécue et exprimée.

En effet, les praticiens témoignent que les couples infertiles ressentent en consultation dans un état de souffrance morale. C'est une des conséquences de l'infertilité. La position médicale repose sur le fait que cette intense souffrance de l'infertilité réclame donc une assistance médicale. La médecine de la reproduction, comme d'autres disciplines en prise directe avec la demande sociale, se situe au coeur de multiples controverses. L'offre étant là, la demande se faisant par conséquent plus pressante.

Sabiha, 50 ans, algérienne, émigrée en Belgique, est divorcée. Elle a trois jeunes enfants avec le premier mari. Elle s'est remariée avec un homme plus jeune qu'elle, avec qui elle a décidé d'avoir un enfant « pour lui faire plaisir ». Elle débute l'entretien par des termes techniques

empruntés au discours médical. Elle disait : « *Je ne suis pas ménopausée, mais consciente des obstacles physiologiques liés à mon âge, j'ai bien cherché et bien documenté auprès d'une association de couples ayant recours à l'AMP en Belgique....tant que je ne suis pas encore ménopausée, mon utérus sera capable d'assurer une grossesse...Je veux tenter une fiv, c'est une chance pour moi, je regretterais si je la refuserais, je voudrais faire plaisir à mon mari qui veut avoir un enfant de moi* », ».

Les techniques de l'assistance médicale à la procréation lui offre une chance, si faible soit-elle, d'avoir un enfant. dit-elle. Malgré son âge, cette femme continue son parcours en formulant une demande de fiv, figée dans une pensée unique. Après de nombreux traitements, les ovaires ne répondent plus aux stimulations (l'âge de la patiente n'étant pas forcément en cause). Face à cet épuisement de la fonction ovarienne, elle propose à l'équipe une FIV, l'équipe médicale se porte à son secours. Les échecs se sont succédé mais la possibilité d'agir s'étale. Son investissement répété relativise la certitude de vouloir un enfant, dont le mot même s'est effacé de son discours.

Fatiha, âgée de 42 ans, après plusieurs tentatives de FIV, hésite à recommencer. Elle dit ne plus supporter ces traitements, physiquement et moralement. La démoralisation dans laquelle elle se retrouve après chaque tentative lui procure un sentiment d'échec qu'elle souhaiterait tout arrêter. Mais elle se dit : « Je ne veux pas me reprocher plus tard de ne pas avoir tout essayé. » Ce reproche anticipé la préserve d'un arrêt de la PMA qu'elle vivrait comme un abandon du projet. Elle a été à l'écoute du médecin. Celui-ci disait « *il ne faut pas arrêter le traitement maintenant, tant que vos ovaires répondent bien à la stimulation. Vous avez encore toutes vos chances* ». L'arrêt, dont elle devrait porter toute la responsabilité, est donc perçu comme une démission, une incapacité à tenir le coup, à persévérer dans le « tout essayer ». A. Giami explique que le suivi des femmes de 2 à 3 ans après l'arrêt de la FIV montre qu'en cas d'échec, les femmes sont plus critiques, mais la plus part ne regrettent pas d'avoir essayé.

La légitimité du recours à l'assistance médicale à la procréation se construit. Le champ de la santé est un observatoire privilégié pour comprendre la médicalisation de la vie et la conception de la personne à travers l'étude des rapports de pouvoir qui se glissent au cœur de la vie intime. L'entrée de la médecine dans le domaine de la vie privée, donne l'impression aux femmes qu'elles peuvent utiliser cette réalité offerte par les praticiens celle d'une grossesse programmée et scientifique, « comme si l'idéal scientifique pouvait être le bébé entièrement produit in vitro, débarrassant la femme de la gestation » Délaisi De parceval (2011). L'enjeu dans l'AMP, et dans les rapports sociaux de la procréation, ne se limite pas au désir, ni au

pouvoir de la science, mais plus profondément à la remise en question de la maternité ou la mise en pièce biologique de la maternité au sens donné par Tort, (1989, p. 57). Même l'homme est privé de son désir dans la procréation. Ces praticiens ont dépassé l'idée que l'enfant est une conséquence du désir sexuel d'un homme pour une femme (Chatel, 1989, p : 63), à un enfant comme objet de vouloir-devoir d'une femme suggéré par l'idéologie médicale et alimenté par la pression sociale. La programmation de la maternité et la médicalisation entraînent un morcellement du corps féminin.

La médicalisation va gérer en fait, et surtout, l'absence d'un enfant pour un couple considéré hors norme sociale. Des médecins soumettent les femmes à des traitements lourds et dangereux pour leur santé tels que les stimulations hormonales où les femmes doivent produire un certain nombre d'ovocytes bien développés qui donneront plusieurs embryons dont certains seront vitrifiés. Les techniques reproductives sont des interventions risquées multipliant les dangers d'atteinte à l'intégrité physique des femmes et ayant pour effet d'accentuer la médicalisation de la grossesse ainsi qu'un plus grand contrôle médical.

Face à l'ampleur de l'infertilité et la nécessité de sa prise en charge, le discours des médecins est parfois controversé. Certains souhaitent une vision précise de la prise en charge de l'infertilité. Selon l'urologue d'un service du PMA dans un établissement public : *« l'infertilité est un sujet qui pose un réel problème de santé publique. Un couple sans enfant, c'est un couple voué à l'échec à causes des pressions des familles »*. Il démontre que l'absence d'enfants dans une famille : *« est toujours vécue comme une anomalie, un « cancer familial » selon son expression. Pour lui, « une femme qui n'a pas d'enfant c'est une infirmité pour elle »*. Il considère que rien n'est cependant mis en place pour pallier le problème de l'infertilité : *« On fait que l'insémination, on a laissé les autres techniques aux privé, on n'a pas encore formé une équipe pour ça... »*. C'est d'ailleurs le point de vue du gynécologue : *« Les initiatives sur l'assistance médicale à la procréation sont individuelles et non politiques. Il n'y a pas de stratégie nationale sur l'assistance médicale à la procréation »*. Certains pensent que c'est une stratégie des acteurs politiques de la santé de la reproduction pour ne pas prendre en charge les frais liés au traitement de l'infertilité. D'autres sont moins pessimistes, comme ce gynécologue, pour qui, les politiques sur l'assistance médicale à la procréation vont évoluer : *« Je suis sûr que ça va venir. Les gens ne savaient pas qu'on pouvait faire la congélation ici. Cela ne bouge pas encore, mais ça va y arriver. Peut-être d'ici une dizaine d'années »*.

Les médecins espèrent une évolution de la prise en charge de l'infertilité. Selon la gynécologue H., les émissions télévisées et les journaux proposent quelques débats sur l'infertilité, mais ce n'est pas suffisant. Pour elle, une diffusion efficace autour de l'infertilité devrait impliquer les radios communautaires et les chercheurs pour changer les mentalités et lancer de nouveaux débats. De même, Internet pourrait également être mieux utilisé pour informer les couples et médiatiser les thématiques liées à l'infertilité. Selon la biologiste, l'infertilité masculine et la PMA sont discutées et médiatisées plus qu'avant dans les débats télévisés pour sensibiliser les hommes à se soigner. Ainsi, il semble que les mentalités évoluent doucement et que quelques débats font leur apparition sur ce sujet. Cela ne semble pourtant pas suffisant pour améliorer le quotidien des couples infertiles. D. Mehl (2008) montre le décalage existant dans tous les pays entre les avancées médicales et le débat social : Si la médecine a, depuis le premier bébé né par fécondation in vitro, réalisé des pas gigantesques en permettant l'arrivée d'enfants inconcevables, la société semble en revanche quelque peu à la traîne. Ce décalage indique que le programme de la prise en charge des infertilités féminines et masculines ne parvient pas à atteindre son objectif, refusant de statuer sur la PMA et de généraliser ces technologies dans tout le territoire national. Si la construction de l'évidence de la mise en oeuvre de la procréation assistée ne se limite néanmoins pas au processus de médicalisation, elle s'appuiera sur des réseaux d'alliances « des réseaux socio-techniques visant à promouvoir l'innovation et intégrant, individus, techniques et contraintes sociales » (Bruno Latour, 1989). Or, le système de genre pèse fortement sur l'expansion d'un tel réseau et contribue à faire passer pour « naturel » le recours à de telles techniques.

1.1. L'errance thérapeutique des femmes

L'infertilité est vécue comme un drame familial pour les couples qui ne parviennent pas à concevoir un enfant de manière naturelle. Aux yeux des femmes, l'infertilité est un événement qui va profondément déstructurer et désorganiser leur vie quotidienne. Elles se sentent affectées par le regard de l'autre et les placent en dehors de la norme procréative. Elles conçoivent mal leur vie sans enfant d'autant plus lorsqu'elles sont mises sous la pression sociale dont leur entourage commence à les mettre dans la gêne en ne cessant de les interroger sur une éventuelle grossesse. Elles mettent en place des stratégies pour pallier à leur problème procréatif. Elles se mobilisent dans la gestion médicale et sociale pour avoir une grossesse et s'engagent dans les traitements plus ou moins invasifs, sous la demande de médecins et ou des personnes elles-mêmes.

Les femmes sont dans l'errance thérapeutique et sociale. Elles sont forcées de chercher une solution adaptée à leur problème. Elles multiplient les recours médicaux et les FIV, particulièrement quand la confiance fait défaut au cours de la relation avec les praticiens n'ayant pas eu les informations et les clarifications souhaitées, ou quand l'inquiétude face à l'échec de la FIV n'a pas été dissipée. Les incertitudes d'ordre cognitif et les errances des femmes, leur semblent des motifs importants qui les conduisent à privilégier le recours au centre de PMA, même s'il faut pour cela, emprunter de l'argent auprès de leurs proches parents, ou vendre leur or (Benabed, 2010). Elles n'hésitent pas à conjuguer différentes offres thérapeutiques lorsqu'elles ne trouvent pas une écoute et une prise en considération de leur attentes. Les femmes infertiles sont toujours à la quête d'enfant biologique et la quête de sens. Les récits des femmes révèlent des parcours discontinus.

En raison de l'absence de tout accompagnement ou médiation socio-sanitaire, les femmes sont bien obligées d'errer d'un cabinet à un autre ou d'un médecin à autre pour des inséminations à répétition qui va leur imposer une surconsommation de médicaments d'un usage immodéré qui peuvent facilement avoir des effets néfastes sur leur santé, des déplacements coûteux et d'exams répétés. *« J'ai fait une bonne tournée dans la ville et à ailleurs, j'en ai marre...ces médecins nous ont bouffés notre argent, empoisonnés par leur médicament et sans efficacité...et nous ont fait perdus beaucoup de temps. »*

Les hommes pensent que la fertilité est perçue comme une affaire de temps. Or, sous la pression de l'AMP, l'attente des couples ayant programmés une naissance est très rapidement considérée comme une stérilité. Face à l'errance thérapeutique et l'évolution de l'infertilité ressentie, les couples souhaitent rapidement une intervention médicale notamment une FIV. La « rapidité » des consultations médicales pour infertilité se met en parallèle avec l'extension des techniques d'AMP. Lorsque l'enfant « planifié » se fait attendre, le recours au médecin est rapide. La découverte de leur infertilité a été l'épreuve la plus déstabilisante de leur vie (Delaisi de Parseval, 2008). Pour les femmes, le discours de certains gynécologues est culpabilisant. Ce sentiment de culpabilité est prégnant dans le discours des médecins : *« Au-delà de 35 ans, il ne faut pas trop attendre que la nature s'exprime par elle-même. « Le temps joue contre elles et après 40 ans, à l'âge de la ménopause, la situation devient désespérée, il n'y a pas de remède miracle».* (Sexe M, Gynécologue, cabinet privé et exerce au centre de PMA privé).

Dans ces différents discours, les femmes se sentent de plus en plus touchées par cette errance. Les hommes sont moins soucieux. Ceci ne veut pas dire qu'ils sont moins intéressés par le problème mais ils trouvent des échappatoires et des occupations dans d'autres activités de sport et loisirs. Les errances des femmes, leur semblent des motifs importants qui les conduisent en urgence à privilégier le recours au gynécologue du centre d'AMP privé pour tenter une solution possible.

1.2. Entre l'attente et l'urgence : la place du médecin

La souffrance des couples en mal d'enfant produit chez eux un sentiment d'urgence qui va les accompagner tout au long de leur parcours. Les couples ont souvent ce sentiment d'urgence pour ne pas manquer son enfant tant attendu. Si l'urgence agrée un consensus dans le domaine médical où il est question d'atteinte à l'intégrité physique ou à la vie, la notion d'urgence dont il est question dans le discours de nos interlocuteurs suscite une attention. Entre priorité et souffrance, elle peut surgir à tout moment. Obtenir une réponse rapide, faire entendre sa souffrance, faire valoir un droit, entraînent souvent l'affirmation d'une urgence. C'est toute la subjectivité du couple qui s'exprime. Il leur semble nécessaire de subir une intervention. Elles ressentent donc le besoin d'avoir une réponse face à une situation imprévue, jugée menaçante, au sens où elle est productrice de risques sérieux sur leur vie sociale et familiale.

Sara, âgée de 43 ans, est cadre dans une entreprise publique, mariée à l'âge de 32 ans. Elle a consulté le médecin deux ans après son mariage. Le moment lui paraît opportun pour faire une famille. Le médecin l'a consulté. Il lui a prescrit des médicaments sous réserve qu'ils fassent, elle et son conjoint, un bilan d'infertilité. Il ne dévoile aucune cause physiologique ou psychologique. Sara s'acharne. La faute incomberait à son médecin. Il n'a pas réagit. Sara a rapidement jugé que face au diagnostic, le médecin aurait du décider d'orienter le couple vers un spécialiste de la PMA. La situation d'urgence n'aurait pas été captée par son médecin. L'absence d'une décision rapide du médecin, conduit Sara à le considérer comme « responsable » de la lenteur dans la prise en charge de l'infertilité du couple. On voit bien comment les femmes sont les actrices importantes dans tout ce processus médical complexe. La temporalité représente un enjeu décisif pour les femmes qui attendent avec impatience les résultats des investigations techniques. C'est en effet toute leur vie qui est en jeu, plus précisément leurs rapports au sein du couple et de la famille. Sara, disait :

« Je suis mariée depuis trois ans et je ne suis pas encore enceinte. Je ne comprends pas, je n'ai jamais pris la pilule, je n'arrive pas à débiter une grossesse. Mon mari s'inquiète. Nos

familles s'inquiètent aussi. Je n'en peux plus attendre ! Ça dure. Chaque mois qui passé était une source de désespoir. Est-ce que je suis stérile ? Pourrions-nous avoir des enfants ? J'ai fais beaucoup d'examens, j'ai pris une collection de traitement, mais mon médecin ne m'a jamais conseillé l'AMP. A chaque fois il me disait la même chose je vous conseille d'essayez ce traitement et on verra ! Et jusqu'à quand je dois attendre ? Je sais qu'après un examen clinique, même si en absence d'anomalie reconnue, il est aussi envisageable de se précipiter sur les techniques d'AMP».

L'infertilité pose une question de temps d'attente pour recourir aux techniques de PMA. Certains gynécologues pensent qu'il est souhaitable d'attendre avant d'y recourir. Il faut parfois simplement un peu de temps pour qu'une grossesse débute. Selon eux, la femme se croit stérile en débutant rapidement des investigations techniques. Bakhta, âgée de 32 ans. Son bilan médical et celui de son mari n'ont décelé aucune anomalie. Ils ont tout de même mais malgré cela, ils ont tenté une insémination artificielle et une fécondation in vitro. Sa vie a été profondément modifiée, bouleversée par le traitement. Il lui a fait courir des risques sur le plan psychologique et physique. *« Je suis sentie étouffée par sa réponse. Les techniques de la PMA n'ont pas pu débiter une grossesse. La technique ne maîtrise pas tout. Il ne s'agit donc pas d'attendre pour attendre mais de laisser le temps à la vie».*

Certains gynécologues soulignent que certaines femmes impatientes d'être enceinte mettent de la pression pour accéder à leur demande. Elles seraient persuadées qu'une fois la « cause » détectée par les examens adéquats, une réponse « médicale » telle que la FIV pourrait résoudre leur problème. Trois temps traversent le vécu des couples. Le premier est le temps de l'attente. Le deuxième est le temps de la prise de conscience de l'infertilité et enfin le temps du traitement. L'attente est progressivement difficile à vivre. Cette attente est à l'origine d'un questionnement sur l'enfant faisant la distinction entre sexualité et procréation. Pendant le temps des investigations, de la découverte de l'infertilité masculine ou conjugale, le couple est remis en question : *« Mais avec le traitement, l'espoir revient »*. C'est le temps de l'espoir médicalement assisté. Soumia nous dit : *« maintenant on sait, on comprend, donc on doit agir pour avoir un enfant »*. Le couple est actif en recourant à un traitement. Mais il est aussi dépendant d'une équipe médicale, qui les renvoie à une position inégale.

La gynécologue souligne qu'elle est partagée entre deux postures. D'une part, éluder le problème majeur au sein du couple où le désir d'enfant serait de colmater une brèche. D'autre part, ne pas obliger un couple à subir un examen transitoire sous prétexte que l'enfant désiré n'est pas venu dans un parcours naturel ou un délai souhaité.

L'interprétation du temps diffère entre les médecins et les patients. Par ailleurs, les représentations des femmes sont celles d'une temporalité féminine. Celle-ci est associée au cycle de vie féminin est marquée par des processus biologiques d'où la médicalisation est envisageable plus précocement. Les femmes décrivent que la situation d'infertilité est très étroitement liée au temps d'attente qui entre en jeu. Si le couple consulte précocement les centres de la PMA, le couple augmente ses chances de concevoir une grossesse par voie « naturelle ». Les médecins de la PMA insistent sur l'âge de fécondité. Ce temps et le délai d'attente procèdent de certaines normes sociales qui donnent à penser que l'infertilité proviendrait d'une déviation de ces normes temporelles.

Parfois les femmes de moins de 37ans peuvent réussir la FIV. Mais cette réussite baisse plus rapidement à partir de 40 ans. Les fausses couches et les avortements à répétition surgissent. Un médecin du secteur public avance qu'il est important de déconseiller le recours à la PMA pour les femmes âgées de plus de 38 ans en raison des risques sur la santé de la femme (grossesses gémellaires ou triplés) et de l'enfant (malformation). La grossesse d'une femme qui a plus de 40 ans est plus risquée que celle d'une femme plus jeune. Lowy (2009) suppose que l'écart de fertilité entre hommes et femmes soit ancré dans la biologie de l'espèce humaine et ne puisse être éliminé par les progrès de la médecine. Il n'en possède pas moins de multiples significations culturelles et sociales. Les femmes perdent en moyenne leur capacité reproductive plus tôt que les hommes, un « fait biologique » qui a contribué à la dévalorisation de la femme vieillissante. Par contre, elles vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, un « fait biologique » qui n'a nullement servi pour dévaloriser les hommes vieillissants. Pourtant la perte plus précoce de la fertilité féminine est perçue comme un événement sans grande importance. La construction du déclin de la fertilité comme principale différence biologique entre hommes et femmes âgés, illustre de façon éloquente l'utilisation sélective des différences biologiques dans la reproduction des inégalités.

L'expérience des femmes illustre le poids de représentations sociales liant de manière nécessaire féminité et fécondité. Les résultats de notre enquête montrent que le fait d'être infertile avant l'âge de la ménopause constitue pour ces femmes, un vrai problème ébranlant la norme sociale. Chez l'homme l'andropause n'est pas une notion clairement définie que la ménopause. La question d'âge et du genre sont des catégories de production de l'ordre social qui véhiculent l'idée que la fertilité des femmes est fragile, alertée et devient limitée dans le temps. Par contre celle de l'homme est stable et illimitée (Löwy, 2009, p. 109). La fécondité et stérilité

relèvent du registre normatif différent comme l'a souligné Bessin : « les hommes et les femmes sont assignés à un calendrier de vie différent, soumis à des temporalités inégales et asymétriques » (Bessin, 2009, p. 94).

« Après l'hôpital, j'ai vu Dr X, médecin gynécologue privé, il m'a parlé des étapes, il a vu que j'étais un peu âgée, peut être j'aurais la possibilité d'avoir au moins un , je suis mariée à l'âge de 36 – 37, et il faut faire vite je veux avoir un bébé...ce n'est pas comme l'homme, il faut courir dès le début, c'est un combat contre le temps biologique et vu aussi que je suis chimiste , scientifique, je suis dynamique et active je ne laisse pas les choses traînées, j'ai fait toutes choses en parallèle...par exemple, le trois juin on est rentré de la Mecque pour voyage Omra, le quatre juin j'ai eu mon cycle, le cinq juin je suis allée à la clinique, imagine qu'après un voyage pareil, la fatigue....malgré cela j'ai poursuivie mes démarches médicales, ma famille ne savait pas que je tente une pma... ». (Ouarda, 39 ans, Enseignante)

L'entrée dans la quarantaine est la sortie de la norme féminine et procréative. Dévier les normes d'âge en matière de fécondité constitue ainsi une rupture dans l'ordre établi. Au-delà du biologique, la grossesse et la maternité sont socialement considérées comme peu compatibles avec la « vieillesse », contrairement à la paternité (Löwy, 2009).

Bien que les hommes soient tout aussi susceptibles d'être stériles que les femmes, ce sont elles qui sont le plus souvent montrées du doigt lorsque les couples ne parviennent pas à avoir d'enfant. La notion d'andropause⁴³ prend lentement son essor mais la production scientifique reste restreinte sur cette question de l'andropause. Les instances internationales, en 1999, décrivent l'andropause comme une baisse de testostérone chez les hommes vieillissants qui a un impact sur les capacités physiques et vasculaires, qui peut causer des troubles métaboliques, du sommeil, de l'humeur. Ces symptômes renvoient à la ménopause. On accorde néanmoins beaucoup moins d'importance au corps masculin qu'au corps féminin. Avant, l'idée était que l'homme était plus séduisant en vieillissant. C'est plutôt la valeur de la performance qui pèse le plus sur le corps des hommes (montée des ventes de viagra). Foucault (1976) explique qu'on assiste à une médicalisation de la vie, à une extension du gouvernement de la vie sur la population et sur les corps et à une perspective d'extension d'une biopolitique. Cela illustre les manières dont les savoirs et théories scientifiques sont toujours emprunts de représentations qui

⁴³ La notion d'Andropause émerge en 1952. Un psychiatre, Antoine Porot, va définir l'andropause comme l'arrêt de la fonction sexuelle chez l'homme.

ont à voir avec les éléments culturels et croyances acceptées d'emblée (place de la femme, du corps féminin dans la société). La culture pénètre le discours scientifique et devient un discours culturel.

Les femmes ne sont pas les seules à être dépendantes de leur horloge biologique. Touraille (2011) dans son article « Du désir de procréer : des cultures plus naturalistes que la nature », montre la façon dont le concept d'« horloge biologique » est interprété dépasse largement la définition biomédicale. La femme et l'homme reconnaissent davantage les périodes de la vie où il est possible de concevoir un enfant. En revanche, il s'agit d'un « appel à procréer venant du fond d'un « désir hormonal d'enfanter » (Touraille, 2011, p. 53). Autrement dit, ce sont « les hormones qui souhaiteraient avoir un enfant ». Le concept ainsi popularisé ne renverrait donc pas à la prise de conscience de la temporalité. Si le couple veut un enfant, il faut y penser avant qu'il ne soit trop tard.

En outre, cette nécessité d'avoir un enfant est ressentie douloureusement car la femme se voit avancer dans l'âge. En effet, l'occupation professionnelle, les aléas de la vie amoureuse, l'investissement familial (prendre en charge sa famille en difficulté) et parfois le choix d'un « bon » mari, semblent contradictoires avec le désir d'avoir un enfant. Dans certains témoignages des hommes, l'image de la femme qui s'intéresse à sa carrière professionnelle au détriment de faire un enfant et une famille n'est pas valorisée. Une femme ne se sent pas adulte si elle n'a pas d'enfant. Et ne pas avoir d'enfant devient très angoissant pour une femme qui approche la quarantaine. Certaines femmes âgées entre 30 et 40 ans évoquent de n'avoir pas séparé le temps de la sexualité et le temps de la fécondité. Elles se comparent avec les femmes du même âge et déjà mères de plusieurs enfants pour qui une naissance supplémentaire n'était pas désirée (Knibielher, 1999).

Cela va de paire avec les normes que préconisent les médecins dans leurs discours. Les médecins admettent le « bon » âge acceptable pour avoir des enfants. Les chances de réussite de la PMA sont souvent liées à la limite d'âge. Et malgré cela, dans le centre de PMA étudié, les médecins reçoivent des femmes de plus de 43 ans dans l'espoir d'obtenir une grossesse.

Cette notion d'« âge de procréer » a été introduite par le législateur à propos des couples souffrant de stérilité et souhaitant bénéficier des techniques d'assistance médicale à la procréation. Elle est l'une des conditions légales et « rationnelle » du recours à de telles techniques.

1.3. Le recours à la PMA, une demande « rationnelle ».

L'assistance médicale à la procréation est perçue principalement comme traitement de l'infécondité. Dans ce sens, l'infertilité est définie comme un problème relevant de la médecine, un problème situé dans les corps dont la solution est d'ordre technique qui mérite un traitement, celui plus conventionnel du traitement conventionnel (la chirurgie, l'hormonothérapie) à des traitements de pointe estimés « rationnels ». Les médecins et les patients se mettent d'accord pour considérer que le recours à la PMA est « rationnel ». Or la rationalisation constitue un concept complexe qui a de multiples facettes. Pour les médecins, il s'agit d'une activité productrice de l'«idéologie du progrès et des savoirs». Mais les savoirs experts sont au cœur du dispositif d'un pouvoir. C'est aussi une forme de domination qui est dévoilée à partir de ces critiques de la rationalité. « Cette idéologie dissimule en quelque sorte, la domination insidieuse des individus par des moyens techniques objectifs puisque appliqués pour le bien des individus comme des collectivités » (Foucault, 1975).

Pour les patients, la rationalité signifie un processus d'accroissement de la cohérence interne des représentations, de leur organisation logique et consciente. Il leur semble rationnel de recourir aux traitements par les techniques reproductives. Le recours à ces techniques peut, paradoxalement, apparaître comme « allant de soi ». L'injonction à la maternité permet aux femmes à appréhender positivement la médicalisation de l'infertilité. Pour France-Romaine Ouellette (1988) deux facteurs d'adhésion des femmes aux traitements sont mis en exergue : le sentiment de culpabilité de ne pas procréer et le niveau de confiance dans la biomédecine. Les techniques de reproduction peuvent être comprises comme l'effet d'une configuration alliant pouvoir médical et domination de genre. Ce rapprochement se construit avec l'emprise des médecins sur les femmes, avec l'adoption d'un langage biomédical devant la difficulté à concevoir. L'évidence du recours à l'assistance médicale à la procréation est aussi le produit de l'injonction sociale à la maternité (Tain, 2004, p. 241).

« En premier temps, je dois essayer et réessayer d'avoir un enfant de mes propres gènes avec l'aide de l'assistance médicale à la procréation ensuite je me dirige vers l'adoption. Soumia, 38 ans, sage femme, 10 ans de mariage,

Les couples tentent de multiples Fiv avant de recourir à l'adoption. Vivre sans enfant et les pressions sociales faites aux femmes justifient le recours obligé à la PMA. Les recherches réalisées dans le domaine de l'infertilité montrent ainsi comment l'absence involontaire d'enfant porte particulièrement préjudice aux femmes. Et cela est d'autant plus vrai dans les contextes

culturels ou religieux où l'absence d'enfant prive les femmes de certains avantages sociaux ou économiques (Inhorn, 2004; Inhorn et Van Balen, 2002).

Elle conduit parfois à déstabiliser ou remettre en question leur mariage, comme l'explique Véronique Duchesne (2016) à propos de certaines femmes d'origine subsaharienne vivant en France et qui ont recours à la procréation médicalement assistée. Par conséquent, au-delà de la volonté de satisfaire un désir d'enfant, l'usage de la PMA est constitué une tentative pour se conformer au rôle social attendu pour chacun et chacune tout particulièrement pour les femmes pour se conformer à l'ordre social. Ces différentes raisons sont importantes à considérer si l'on veut comprendre, entre autres, pourquoi de nombreuses femmes s'engagent dans un parcours de fécondation *in vitro* et ont beaucoup de difficultés à en sortir, même après de nombreux essais infructueux (Franklin, 1997; Sandelowski, 1991; Williams, 1988). Pour certaines, la fécondation *in vitro* procure un objectif important qu'il faut poursuivre. Renoncer signifierait non seulement mettre fin à l'espoir d'une possible grossesse, mais aussi devoir faire face aux conséquences de cet échec. Pour d'autres, il s'agit aussi d'une manière de prouver leur volonté d'avoir un enfant et de répondre aux attentes familiales et sociales qui s'exercent à leur égard. Plusieurs anthropologues ont ainsi mis en évidence la dimension performative de l'AMP en décrivant comment le « simple » fait de s'engager pleinement dans un parcours de procréation médicalement assistée et de montrer que tout est mis en oeuvre pour avoir un enfant permet déjà d'une certaine manière d'atteindre cet objectif, à savoir d'endosser le rôle socialement attendu. Les femmes ne sont pas passives dans le domaine de la procréation assistée : pour certaines, le recours à la médecine procréative peut constituer une « réaction active » à la situation d'infertilité (Ouellette, 1988).

Le recours à l'assistance médicale à la procréation est perçu par les couples comme une évidence. Née avec les nouvelles techniques de reproduction, l'infertilité est pourtant davantage une création discursive qu'une entité clairement définie dans le champ des pathologies (Hertzog, 2014). État liminal entre capacité et incapacité totale à procréer (Sandelowski, de Lacey 2002), elle indique une multiplicité de situations dont le traitement passe nécessairement par une prise en charge médicalisée du corps reproducteur des femmes.

Les couples infertiles, particulièrement les femmes soulignent que le degré de connaissance de la procréation assistée est bien souvent lié à l'expérience personnelle de chacun. Ils ont acquis des connaissances plus approfondies et précises. Certaines femmes qui ayant eu recours à ces techniques pour la première fois, disent avoir des connaissances plutôt superficielles. Les médecins consultés sont d'ailleurs considérés comme une des principales sources d'information.

Mais ces informations demeurent encore insuffisantes. A chaque étape de la FIV, ce sont les femmes qui demandent d'être informées sur le comportement qu'elle doit adopter et les erreurs à éviter. Les rares réunions organisées par les centres ne traitent que les aspects biologiques. L'information sur les risques liés aux traitements hormonaux leur paraît très insuffisante de même que les effets secondaires souvent négligés par l'équipe. La recherche d'information en dehors des consultations est intense. Dans ces entretiens, une attention particulière est portée aux sources d'informations auxquelles elles ont eu recours pour mieux comprendre le traitement de leur infertilité et ses effets. Les femmes sont plus actives dans la recherche d'informations liées aux traitements de l'infertilité. Elles affirment avoir d'abord recherché des informations par elles-mêmes (lectures, Internet, etc.) pour mieux comprendre les procédés de la PMA. Elles s'appuient donc sur les sites d'Internet comme un moyen pédagogique. *« Je craignais que quelque chose était fausse ou que quelque chose n'allait pas ... donc j'ai passé des heures sur la recherche Internet, des forums de discussion où les femmes comme moi, partagées des informations sur les cliniques de fertilité, et semblé être les plus utiles ».*

Une autre femme dit : *« je suis rentrée à l'EHU, on parlé beaucoup de Dr X, et parce que là-bas on parlé de pma, moi je ne comprenais pas la différence entre insémination et fiv, et ses conditions, mais je me suis donné à fond, je commencé à me documenter, faire de la recherche, bon je suis allée à ehv , c'était que l'insémination par de fiv, pas d'ICSI, c'était beaucoup plus les médecins résidents que j'ai consulté, mais j'ai eu des problèmes avec eux, j'ai bagarré parce que moi je documenté sur tout ce qui concerne la pma, et je compare avec tous ce que j'ai encouru avant, les informations que j'ai eu de mon gynécologue étaient insuffisantes donc je cherchais des données complémentaires, je cherchais sur internet, je regardée les chaines télévisées, et à l'ehv, on m'a dit que j'ai le droit de refaire trois inséminations ».* (Ouarda, 39 enseignante)

La recherche par internet les aide à acquérir d'autres informations complémentaires et claires. Les blogs et les forums sont considérés comme un espace d'échange et source d'informations. Les émissions de télévision sont également un moyen privilégié pour la plus part d'entre elles. Elles apprennent à travers des émissions de TV chaines locales et étrangères. Elles ont également eu recours aux avis de différents professionnels de la santé, à savoir le médecin, les sages femmes et les femmes ayant au préalable recours à la pma. Le savoir des femmes sur la PMA n'est pas réductible aux connaissances scientifiques empruntées au savoir médical du médecin. Il n'est pas une forme appauvrie ou distordue du savoir médical mais plutôt un produit réinterprété du discours médical et des expériences vécues.

Les femmes ont réinterprété des éléments du savoir selon leur expérience acquise pendant les tentatives précédentes. Elles parviennent à élaborer des stratégies d'autogestion. Cependant, si les femmes sont actives dans leur recherche sur les meilleurs centres disponibles, le coût, les différentes techniques et taux de succès, le traitement, etc, certains hommes sont par contre actifs sur la pratique elle-même, point de vue éthique et moral du fait que la fécondation se fait en dehors du corps de la femme. Pour certains, l'intérêt pour l'information s'oriente beaucoup plus vers les phénomènes qui entravent la fertilité. Car ne pas comprendre ces problèmes représente, pour eux, une constante douloureuse ressentie même si le diagnostic est connu. D'autres hommes banalisent le procédé mais ils ressentent mal concernant le recueil du sperme.

En outre, les femmes et les hommes se demandent pareillement : pourquoi les techniques de l'AMP se sont pas toujours efficaces, surtout lorsque les embryons replacés dans l'utérus ne tiennent pas ?

Pour les femmes et les hommes, les techniques les mieux comprises sont surtout celles de l'insémination artificielle. Cela ne veut pas dire que ces couples méconnaissent les autres techniques. La représentation sociale de la fécondation *in vitro* fait principalement référence à la technique impliquée. Pour eux, cette technique de procréation représente un moyen, souvent favorable, de répondre au désir d'enfant. Cette méthode est souvent évoquée comme le dernier recours. Bien que les aspects médicaux l'emportent sur la douleur et les risques.

Par contre, ces techniques sont mal vues par certains hommes. L'insémination artificielle qui consiste à prélever le sperme du conjoint et à le déposer dans l'utérus de son épouse, ne fait pas l'objet d'inquiétude pour les couples. Il en va autrement de la fécondation *in vitro* qui, pratiquement, requiert le prélèvement d'un ovocyte inséminé et cultivé en dehors du corps féminin, c'est-à-dire l'œuf sera fécondé dans un tube à essai et devenir enfin un embryon. Ce dernier sera enfin inséré dans l'utérus par voie vaginale, pour une possible implantation. Pour les hommes, la fusion des cellules reproductrices dans les conditions artificielles d'un tube à essai, puis leur implantation au stade de l'embryon dans l'utérus de la femme, interrogent la conception hors du corps féminin et des possibles impacts de « l'expérimentation ». Cette technique « de manipulation », selon l'expression d'un patient, est perçue comme un acte de transgression par rapport à la norme de la fécondation et de la conception de l'enfant. Cette instrumentalisation de la fécondation, revêt donc un sens moral caractérisant l'acte médical.

Les techniques reproductives de la PMA sont la dernière « cartouche » selon l'expression des médecins. L'assistance médicale à la procréation devient la dernière solution thérapeutique avant l'adoption. Les techniques reproductives sont conçues comme une dernière chance pour les

femmes. Après le traitement, si l'issue est favorable et que le couple réussit à avoir un enfant, la reconnaissance sociale est orientée vers les professionnels de la santé principalement le gynécologue et le biologiste. Ce sont les « sauveurs », venant en partie réparer la blessure causée par l'infertilité. Les praticiens en médecine de la reproduction indiquent le fossé entre les couples qui ont besoin de recourir à une telle démarche pour procréer et ceux qui n'en ont pas besoin. Les premiers portent un regard très positif sur les avancés de la science qui a permis de réaliser leur rêve d'être parent, allant jusqu'à manifester contre cette pratique.

« ...Dans leur tête, le centre d'amp est la dernière cartouche et si ça ne marchera pas ça va être une catastrophe, donc c'est comme ça qu'elles réfléchissent... «et donc depuis la première consultation, elles sont anxieuses, c'est la fin, elles savent que c'est la dernière chance et donc elles vivent très mal leur stimulation....et c'est quelques soit leur métier, même les médecins, elles vivent très très mal ses étapes ». (Médecin de la reproduction, responsable de centre privé).

Dans le parcours de vie du couple, l'infertilité est vécue comme un événement perturbant qui met en jeu la stabilité et la qualité des relations sociales des personnes concernées. « C'est aussi un état qui met le couple dans l'impossibilité de réaliser le désir fondamental qui l'habite : faire un enfant, devenir parent et ainsi s'inscrire dans la chaîne des générations » (Perret, 1994, p. 131). D'un point de vue social, le vécu et les enjeux qui entourent l'infertilité sont largement dépendants des valeurs et des représentations qui gravitent autour de l'enfant et de la place qu'occupe celui-ci dans la définition de la famille. Le principe de base étant que la reproduction d'une société passe par la reproduction de ses membres (Héritier, 1985).

Salima âgée de 37 ans, nous confie qu'après trois ans de mariage, elle décide de consulter le gynécologue. Après avoir parcouru un nombre important de médecins privés, le septième médecin constate un problème au niveau des ovaires qui avait complètement bouché ses trompes, et lui a indiqué un traitement par chirurgie, en l'orientant vers un spécialiste de la PMA.

Dans les démarches de la PMA, les résultats des échographies ovariennes et des prises de sang étaient bons. Le corps répond positivement après un traitement de stimulation ovarienne quotidienne. Ceci permettait de produire plusieurs ovocytes en même temps. Cependant, le jour du prélèvement d'ovocytes, son mari refuse de l'accompagner à la clinique et exige d'abandonner la FIV. Le couple se dispute, la tension augmente et le conflit se déclenche. Le

refus du mari a remis en cause tout le traitement en avortant Ce projet d'enfant : « *La fécondation in vitro était ma dernière chance !* » nous dit Salima.

La fécondation in vitro est toujours une épreuve quand elle observe que son corps ne réagit pas aux traitements. Elle vient de nouveau d'avoir le résultat négatif de sa prise de sang après sa troisième FIV. Mais elle n'hésite pas à reproduire la médicalisation inhérente à tout parcours en PMA pour avoir encore une chance dans une nouvelle FIV. Pour Kheira, les échecs l'épuisent, en reprochant tout ce qu'elle a subi. Le jour de sa ponction sous anesthésie générale, l'ensemble des ovocytes a été ensuite envoyé au laboratoire afin de les assembler aux spermatozoïdes de son mari conjoint et ainsi tenter une fécondation. Ensuite l'implantation des embryons se réalise afin de multiplier les chances de réussite. Kheira et son mari n'ont aucune information sur le nombre d'ovocytes et d'embryons. Or, après le transfert le couple a su que les embryons restants allaient être congelés pour une nouvelle tentative en cas d'échec. Quinze jours plus tard, la prise de sang a montré un résultat négatif.

L'échec d'une démarche de PMA peut être nuisible. Elle laisse de graves séquelles sur les couples soumis à cette rude épreuve. La culpabilité du conjoint infertile est très forte. Le couple résiste difficilement à l'échec de ne pas avoir d'enfants. Peu de couples décident de rester unis et acceptent l'idée de vivre sans enfant ou d'entreprendre les démarches d'adoption.

La PMA génère des inquiétudes chez les femmes face à l'angoisse de l'incertitude de succès de la PMA. Son angoisse est plus aiguë, parce que en cas d'échec. Elle sait qu'il n'y a pas d'autres possibilités d'avoir un enfant de son mari. La douleur est très présente, que ce soit la douleur liée à l'étiologie de l'infertilité (comme l'endométriose, les kystes ovariens), ou la douleur liée à l'échec de la prise en charge en AMP et ces traitements.

Les femmes se sentent dépossédées de leur corps, qui ne devient alors qu'un instrument livré à la médecine pour répondre à leur désir d'enfant. Il leur faut ensuite faire un travail de réappropriation de leur corps. La médicalisation de l'infertilité par les techniques d'AMP, peu conduire les femmes à se sentir comme objet réduit à ses follicules et au nombre d'ovocytes qu'elles vont produire. « *Tellement, c'est technique, les médecins oublient un peu qu'on est aussi des humains...on a l'impression que ces gens sont dans des statistiques et des chiffres..... Ils n'ont pas le temps à nous écouter* ».

Les femmes vivent mal le temps des résultats. L'échec est vécu négativement. Il renforce la souffrance de la femme. La plaie qui s'ouvre de nouveau, se surajoute à celle de l'infertilité. A contrario, pour certaines, les échecs sont considérés comme des épreuves permettant d'avancer et d'apprendre à accepter les difficultés à investir la grossesse

Toutes les femmes ayant mené une grossesse à terme ont eu du mal à investir leur grossesse. La peur face au risque d'avoir une fausse-couche est prégnante. Les Fausses couches spontanées et précoces sont une épreuve très difficile : *« Les femmes vivent très mal les fausses couches, c'est difficile à admettre »*

L'expérience de l'échec vécue par les couples infertiles, les placent en dehors de la norme procréative. L'échec de la technique est perçu comme un échec de « performance », entendue à la fois comme la performance des corps reproducteurs qui « n'obéit » plus, mais surtout comme une mise à l'épreuve des rôles de genre (Butler, 2005), en l'occurrence l'injonction à porter un enfant et à devenir mères pour les femmes et l'injonction à féconder leur partenaire pour les hommes. Ces couples s'engagent dans une série de confrontations dues à l'échec dans les sphères familiale, professionnelle et médicale, mais aussi au sein de leur propre sphère intime et conjugale. Enfin, l'encadrement de cette pratique médicale fait toujours défaut et demeure non réglementée ou bien laissée entre les mains des praticiens.

« On n'est pas tenu par la loi de faire d'abord le nombre de six inséminations avant de passer en FIV, nous, on ne le fait pas, même avec les nouvelles normes de l'oms, celle qui parle de 4% qui n'est pas adoptée même en France donc nous aussi on n'est pas d'accord avec ce genre de normes, donc on travaille avec les normes de notre centre, ce sont des normes qui sont encore reconnues..Bon ! On y apporté quelques petits changements par rapport à la mobilité et à vitalité mais concernant les formes typiques des spermato là on n'a pas changé, on est resté sur les 3%, on peut prendre un balayage de 20% de normalité mais on ne descend jamais au dessus de 20% ; les 4% qui sont imposés par l'oms on ne peut pas les utiliser par rapport à notre population ». (Médecin de la reproduction)

1.4. Le regard négatif sur les techniques de la PMA : Un malaise moral.

Les enjeux de la procréation assistée sont immenses et aujourd'hui peut-être encore plus effrayants qu'à l'époque où commençait la pratique de l'insémination artificielle. La question centrale concerne le bien-fondé des pratiques qui rendent possible la procréation en dehors des rapports sexuels jusqu'ici indispensables. Dès qu'un médecin se propose de résoudre le problème d'infécondité de ses patients, en substituant leurs relations sexuelles à un acte technique de fécondation, la dimension morale est incontournable.

En effet, certaines femmes ont du mal à convaincre leur entourage que ces techniques de la PMA sont conçues comme naturelle. Ce n'est donc pas rare que certains féministes se retrouvent aux côtés de religieux conservateurs pour s'opposer aux nouvelles techniques de procréation » (Joseph Fahey, 2006). La dimension religieuse ou plutôt morale est importante.

Ces techniques aident les personnes en difficultés à procréer, mais elles seraient liées à « la manipulation des gamètes de l'humain » selon l'expression d'une patiente. Elle lui a apparait perçue comme une transgression à la norme de la conception de l'enfant. Elle disait : « ... Dès le début, pour moi, je ne voyais aucun problème, au contraire c'est une aide médicale, je suis pour le progrès, mais *mon mari avait peur des dérives de cette aide médicale, surtout la congélation des gamètes du couple, elle est moralement inacceptable, pour lui, elle expose l'embryon au risque de mort ou d'atteinte à son intégrité physique, je connais beaucoup qui refusaient cette pratique pour des raisons religieuses* ». (Meriem, 28 ans, femme au foyer).

De ce fait, l'acte médical de la fécondation recouvre bien un sens moral. Ce malaise semble porter sur la visée d'une pratique qui contourne les rapports sexuels dans le but de procréer, mais aussi la fusion des cellules reproductrices dans les conditions artificielles d'un tube à essai, puis leur implantation au stade de l'embryon dans l'utérus de la femme, interrogent la conception hors du corps féminin et des possibles impacts de « l'expérimentation ».

L'assistance médicale à la procréation apparaît comme une immixtion intolérable dans le foyer conjugal des époux et est considérée comme un fait stigmatisant et agressif avec la crainte d'une remise en cause des bases de la société et de son institution fondamentale qui est la famille.

Dans la salle d'attente, deux femmes discutent à voix très basse. Elles nous déclarent qu'elles sont venues au centre d'infertilité sans que leur proche le sache. Pour que les autres femmes ne les entendent pas, elles changent de place et viennent s'asseoir à côté de nous. Fatima est biologiste de formation. Son entourage familial refuse cette technique considérée comme du l'immoral Elle est un acte contre l'origine naturelle de l'être humain. C'est une violation du déroulement naturel de la création d'une vie humaine. Pour Fatima : « *c'est toute la famille, principalement, ma belle-belle, mes beaux frères mais aussi mes frères, ce sont généralement les hommes qui s'opposent, ils ont de fausses idées sur la PMA... par contre les femmes, se comprennent...* ». Dans un autre entretien réalisé dans son domicile, Fatima ajoute que sa formation de biologiste l'a aidé à convaincre son entourage familial particulièrement la belle mère et ses deux belles sœurs plus âgées de l'utilité de ces techniques de l'assistance médicale à la procréation.

En effet, si l'infertilité est considérée comme une rupture ou un déséquilibre familial, les techniques reproductives sont représentées ici comme une réconciliation familiale et un réconfort moral. Si ces techniques sont souvent perçues comme une pratique légitime et scientifique, elles ne sont pas neutres parce qu'elles sont traversées par les normes religieuses et sociales. Tous les

couples considèrent que la procréation assistée offre la possibilité d'un lien biologique, mais exige la contribution d'une troisième personne et une intervention médicale.

La procréation est indissociable de l'instinct reproducteur. Pour les femmes et les hommes, l'enfant constitue l'image idéale de l'accomplissement de leur féminité et de leur virilité. Le contexte social fait partie des contraintes unilatérales qui préexistent à tout désir d'enfant. « L'acte de procréer est étroitement lié à des éléments de potentialisation ou de limitation qui nous échappent en grande partie ». (Luc Roegiers, 1996, p. 163).

Certains hommes qualifient les techniques de la PMA comme non naturelle. Le contexte et l'acte en lui-même d'enfantement auquel ils sont confrontés, ne sont pas naturels, mais artificiels. Le fait de procréer est perçu comme « naturel ». Avoir un enfant relève d'une forme d'accomplissement naturel de la féminité. Etre femme passe par l'enfantement, ou d'en avoir la capacité : *« être une femme, pour moi, c'est avoir la capacité de faire des enfants, ce qui fait d'une femme une femme, c'est le fait de naître femme, d'avoir la possibilité d'avoir des enfants, moi, je me vois comme ça. (...) Le fait que je suis mariée et je n'ai pu mettre des enfants au monde, ça, ça a fait de moi une femme mais quelque chose qui manque... »*

La maternité est indissociable de l'accomplissement de la féminité. « Une femme qui n'a pas d'enfant ne s'est pas totalement réalisée » (Bajos et Ferrand, 2006, p. 92). Une femme mariée et qui n'a pas d'enfant, elle est « incomplète ». La majorité des hommes se méfient de toutes les techniques de reproduction qu'ils considèrent comme agressives. Ils partagent toutefois le sentiment que la nature humaine peut être améliorée grâce à la technique. Samir est père d'un enfant adoptif (fils de son cousin) mais sa femme veut avoir un enfant par FIV. Le couple partage l'idée de concevoir un enfant qui sera le frère à leur petit enfant. Pour Samir, il n'y a pas vraiment de mal à l'utiliser, (même les femmes sont particulièrement sensibles à cela) il sait que toutes ces techniques emploient de fortes stimulations chimiques. La crainte des effets secondaires des médicaments semble moins forte que le désir d'avoir un enfant. Ces techniques devraient servir en cas de détresse.

Les techniques de la PMA ne peuvent pas être abordées seulement d'un point de vue pragmatique, mais nécessairement d'un point de vue éthique en acte, mettant en jeu des rapports sociaux. Les professionnels ne prêtent attention qu'à la gestion d'une situation particulière d'infertilité, alors que dans les rapports sociaux, ce sont des valeurs et des significations qui sont en jeu : sens de la sexualité, de la maternité et de la famille.

L'assistance médicale porte aussi sur les représentations. Ce ne sont pas seulement des actes qui sont en jeu, mais des discours. Elles ne sont plus seulement des techniques palliatives,

minoritaires, incertaines et onéreuses, mais elles sont dressées au rang de nouveau modèle procréatif. Avec les progrès de la science, la sexualité n'est plus indispensable à la reproduction.

La PMA contribue au développement d'une idée matérialiste et possessive de la procréation. Elle en occulte la dimension relationnelle dans ses aspects affectifs, sexuels. Ainsi, ce nouveau modèle de procréation dissimule le sens de son ancrage charnel. Les couples qui recourent aux techniques de la PMA comme solution palliative de l'infertilité ne sont pas oublieux. Ils en sont même les premiers témoins, de par leur souffrance de débiter une grossesse et leur désir de voir, d'une façon ou d'une autre, leur vie sexuelle se prolonger par la procréation. Abdelmalek est psychologue du travail, âgé de 47 ans. Il a mis cinq ans pour se décider à recourir à cette pratique et faire plaisir à sa femme. Il lui décrit comme une femme acharnée et obsédée pour tenter de vivre sa grossesse. Il s'oppose à cette pratique. « *La fécondation in vitro n'est une perte d'argent et du temps pour l'homme et pour la femme ne fait que l'encourager à rêver ma femme est devenu fixée, narcissique et obsédée par cet enfant qui n'a pas voulu venir* ». Il a toujours peur. Pour lui la PMA peut donner lieu à des dérives d'interprétation. Elle risque en effet d'alimenter les théories affirmant que l'infertilité est une psychopathologie. Dans cette logique, la PMA constituerait un forçage de l'inconscient au sens donné par le psychanalyste Luc Roegiers, (2008), l'enfant pourrait faire les frais : il ne serait pas conçu « psychiquement » mais « fabriqué » et instrumentalisé à des fins narcissiques. La plupart des couples infertiles sont en mesure d'assumer leur parcours pénible.

Ceci montre bien l'importance du psychologue dans les centres de PMA qui pourra aider ces couples. Le plus souvent, les femmes demandent au médecin de les rassurer et de leur faire comprendre qu'ils ne sont pas les seuls à attendre. Cette attente ne signifie pas impossibilité de concevoir. Le gynécologue doit prendre le temps d'expliquer au couple la maturation des gamètes, le chemin qu'ils ont à parcourir et les conditions nécessaires pour entraîner une fécondation sur des schémas, et des planches anatomiques. Ceci permet au couple de voir concrètement la réalité. Ce temps d'explication peut atténuer l'angoisse.

Mais, cette médicalisation de l'infertilité ne risque-t-elle pas de déboucher chez les femmes des effets pervers au regard de traitements médicaux mais aussi au regard grandissant de couples en demande d'aide médicale qui veulent un enfant ?

2. Les techniques de la PMA : « une épreuve » douloureuse et complexe

Les techniques de la PMA mettent les femmes à rude épreuve. La notion d'épreuve est ici pertinente parce qu'elle met l'accent sur « l'incertitude, qui, dans une perspective de l'action, habite à des degrés divers, les situations de la vie sociale » (Boltanski, Chiapello (1999)). Ces techniques constituent des procédés et moyens éprouvants, lourds, pénibles, de point de vue physique et psychologique. En effet, les exigences des traitements font d'elles de femmes combattantes pour avoir un enfant. Pour elles, la «recherche de l'enfant», devient une épreuve pénible. Les examens, le traitement hormonal, les absences répétées du travail, la culpabilité, peur d'échec, etc... sont autant des épreuves et des étapes complexes qu'il faut franchir. L'épreuve va permettre aux acteurs de se départager lors d'un conflit, en confrontant leurs points de vue à partir d'équivalences établies entre les sujets et les objets. Les femmes font face à la colère, l'injustice, la peur, la déception, la douleur mais aussi l'impatience, la joie, l'espoir. Cette perpétuelle alternance d'émotions positives et négatives est déstabilisante pour elles. Nous remarquons que la période des premiers traitements éventuels précédant la FIV n'est pas sans conséquence sur l'état physique et psychologique de la femme. A travers leur récit, les femmes nous semblent aborder la FIV dans un état mêlé à un espoir de grossesse.

Toutes les femmes évaluent le traitement par FIV très stressant et fatiguant tant moralement que physiquement. La FIV constitue un processus médical lourd pour le couple qui l'entreprend, notamment pour la femme qui vit une large partie des traitements dans son corps. Toutes les femmes ont évoqué les contraintes liées aux traitements. Au quotidien, la FIV bouleverse différents aspects de l'existence. Plusieurs femmes ont évoqué les modifications de leur rythme de vie engendrées par la prise en charge en PMA. La gestion de l'emploi du temps au travail constitue l'essentielle difficulté dont témoignent les femmes qui travaillent et « celles au foyer ». Elles doivent en effet, se rendre aux consultations d'AMP, aux échographies et dosages hormonaux de contrôle. Il leur faut aussi gérer la distance géographique les séparant du centre ou du laboratoire assurant le suivi du protocole. La stimulation de l'ovulation nécessite des injections pluriquotidiennes qui bouleversent aussi leur vie.

Les femmes évoquent la pénibilité que représentent les injections. La douleur peut aussi s'expliquer du fait que le but de la stimulation de l'ovulation est de produire plusieurs ovocytes, alors que lors d'un cycle normal, un seul est produit. La ponction ovocytaire qui consiste à aspirer du liquide folliculaire situé dans les ovaires, peut provoquer une douleur. Nous observons que les femmes n'oublient pas la pénibilité de cette étape, mais ont tendance à relativiser la douleur physique qui, selon elles, leur a permis d'atteindre leur but. L'attente des résultats concernant le nombre d'embryons et ceux d'une éventuelle grossesse, n'est pas aussi simple.

Mais l'étape la plus difficile à vivre reste celle qui suit le transfert embryonnaire. Une fois la FIV est terminée, la femme se retrouve à affronter l'incertitude d'être enceinte mais également les difficultés à faire face aux échecs de la PMA. Les femmes décrivent « une fin temporaire à l'espoir d'enfant ». La tension émotionnelle est très forte voire de désespoir, de tristesse et de colère. L'échec semble être compliqué à appréhender chez les couples qui voient la FIV comme une solution miracle.

En effet, les femmes expriment la lourdeur des traitements. Elles mettent l'accent sur la fréquence des examens. Une d'entre elle nous raconte:

« Lors des périodes de traitement je faisais une échographie tous les deux jours, le matin pour observer l'évolution des follicules. De plus, il fallait se rendre disponible afin de joindre les biologistes et le médecin du centre, qui avaient eu les échographies pour qu'elles puissent me dire comment continuer les traitements et quand faire les prochaines échographies et prise de sang... alors pour les interventions que j'ai subies avant la ponction, là, je suis restée choquée... La biopsie est simple à réaliser, mais elle très douloureuse...j'étais traumatisé, imaginez-vous que lorsque la femme le fait plusieurs fois, je connais beaucoup de femmes qui ont abandonné... ».

En consultations médicales, les couples ont pour la plupart intégré à leurs routines des méthodes de régulation et de surveillance de leur cycle reproductif comme les tests d'ovulation ou la prise de température quotidienne. Lorsque les essais se poursuivent tout au long du suivi médical, les femmes affirment d'avoir intériorisé un savoir spécialisé. Elles aperçoivent que la technicisation du corps reproductif est favorisée par le milieu médical. Elle développe une logique mécanique avec laquelle les femmes sont habituées. Ceci ne veut pas dire que le suivi médical soit vécu sans peine. *« C'est très difficile à vivre la technique de la FIV, et d'essayer de se reproduire de façon très mécanique, tu te sens quasiment obligé de le faire et de refaire tant que l'enfant ne vient pas ».*

Dans un autre entretien : *« Quand je fais ma courbe de température je me dis que ce soir, c'est bon, la température est bonne peut-être que ça va marcher, je fais calculer des jours et des cycles ainsi et la prise quotidienne de la température pour cibler les journées les plus propices à l'enfantement ».*

Les examens et biopsies peuvent être répétés. Il s'agit des interventions chirurgicales douloureuses. La plupart des femmes ont subi plusieurs hystérosgraphies (radiographie de l'utérus et de trompes) pour voir l'état des trompes. Enfin, laparoscopie est aussi plus douloureuse que la précédente permettant de vérifier à l'aide d'une sonde optique l'état des

organes reproducteurs. Rares sont les femmes qui n'ont subi aucune au cours du processus de la PMA. Ces interventions sont faites souvent sous anesthésie générale. Certaines évoquent également les piqûres pour exprimer la lourdeur du protocole et la difficulté de concilier les traitements et leur activité professionnelle :

« C'est lourd parce que ça fait mal, des piqûres à faire... il y en avait que je supportais tout... plus ça avançait et plus ça me faisait mal... Avec les examens toutes les 48 heures et mon boulot ce n'était pas évident... »

Certaines femmes expriment la douleur que le traitement entraîne sur leur santé physique et émotionnelle. D'autres considèrent que ces nouvelles techniques de la reproduction sont des techniques médicales qui prennent les femmes comme des « *jouets dans les mains de ceux qui les manipulent* ». Leur efficacité est incertaine et porteuse des risques. Elles se voient obligée de se soumettre à ces techniques car elles leur offrent la possibilité d'avoir un enfant. L'entretien réalisé avec notre répondante Malika s'est déroulé dans la salle d'attente le jour du transfert d'embryons. Malika est enseignante âgée de 36 ans. Elle a subi une FIV⁴⁴ en Jordanie qui se terminée par une fausse couche, trois inséminations artificielles à Oran et une FIV en cours. Elle répond en critiquant l'usage de la technique.

«... Ici nous ne sommes que des numéros de dossiers et des statistiques... ils voient si notre corps a fonctionné ou non, nous sommes prises comme des objets, des machines à réparer... Ça marche tant mieux pour vous, ça marche pas vous retournez dans votre galère toute seule ».

Les femmes insistent sur le caractère impersonnel et instrumental de ces techniques. En effet, Le Breton (2005, [1990], p. 187) critique la vision instrumentale et mécaniste du corps mise de l'avant par la médecine moderne : « Dans l'élaboration graduelle de son savoir et de son savoir-faire, la médecine a négligé le sujet et son histoire, son milieu, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens de la maladie, pour ne considérer que le « mécanisme corporel ». Ce n'est pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique. Selon l'auteur, la médecine occidentale, ancrée dans « le rythme de la modernité » oublie que l'être humain est un être de relations et de symboles et qu'il s'inscrit dans une trajectoire sociale et individuelle. Le corps est toujours un produit psychosocial (Fsian, 2015).

Face à cette épreuve complexe, les femmes sont solidaires entre elles. Elles créent un espace de parole et d'écoute. Dans ce contexte, l'épreuve est sous-entendu un examen. L'épreuve

⁴⁴ FIV : Fécondation *In Vitro*

envoyée par Dieu est ressortie systématiquement dans le discours des femmes. Dans le centre de fertilité, Radia, une jeune femme, dynamique et souriante, sort du bureau de la gynécologue et vient nous rejoindre dans la salle d'attente. Elle nous explique qu'elle doit assurer ces « amies » avant de quitter le centre et dit : « *Pour moi, je prends ça comme une épreuve « al ibtila » et il faut alors "faire preuve de patience... On ne peut prétendre être croyante sans être éprouvé par Allah, la foi se mérite par un travail, par la patience, par le fait de surmonter les épreuves. Ces épreuves peuvent concerner la personne, les biens, la famille... si on nous enlève quelque chose, c'est toujours pour nous placer quelque chose de meilleur* ». La religion semble pour les femmes, une modalité très importante pour faire face aux difficultés et aux échecs dans cette mise à l'épreuve représentée par les techniques de la PMA.

Les croyances évoquées chez ces hommes et femmes sont conçues comme un mécanisme d'adaptation par rapport au monde. Elles sont basées sur des représentations cognitives comme cadre de référence pour donner un sens ou une interprétation au couple. Ils se réfèrent parfois à leur croyance pour trouver une solution appropriée à leur problème d'infertilité ou à l'échec de la tentative de PMA. Ces croyances sont des construits propres à chaque couple.

Il semble que dans la pratique de la PMA, le recours aux notions de croyances constitue un élément fondamental de la relation thérapeutique. La croyance des couples apparaît dans la notion d'épreuve envoyée par Allah. Cette notion est ressortie systématiquement des entretiens avec les femmes, comme pour Zohra : « *Pour moi, je prends ça comme une épreuve et il faut alors "faire preuve de patience... On ne peut prétendre avoir la foi sans être éprouvé par Allah, la foi se mérite par un travail, par la patience, par le fait de surmonter les épreuves. Ces épreuves peuvent concerner la personne, les biens, la famille...* ». (Zohra, 34 ans, assistante de direction).

Dans l'islam, l'épreuve du croyant ou *al ibtila* est un principe encourageant le croyant et lui redonnant l'espoir malgré les tentations et les difficultés. La religion apaise en rationalisant l'infertilité en lui donnant une justification et un fondement. Elle apparaît comme un soutien et une aide pour continuer à avancer, avec la promesse d'un mieux à venir : « *si on nous enlève quelque chose, c'est toujours pour nous placer quelque chose de meilleur* ». Dans ce propos, il semble que cette femme associe la difficulté de concevoir d'un enfant ou l'infertilité à sa croyance et éclaire la signification non pas au sens du modèle biomédical mais au sens propre à sa culture. En ce sens, Good, 1999, cité par Mabika (2016) considère que l'utilisation de la

notion de croyance est trop attachée aux savoirs traditionnels ou profanes sur la maladie, ce qui suggère entre autre un déterminisme beaucoup vaste des comportements et des pratiques de santé. Ceci peut se donner à lire dans les propos de Fainzang (2011) qui soutient que l'appréhension des conduites thérapeutiques en référence à une stricte logique médicale n'est plus de mise. C'est bien une logique sociale que ces conduites obéissent.

Pour d'autres femmes, le traitement de la fécondation *in vitro* est analogue à d'autres prescriptions médicales. C'est une manière de banaliser la FIV, tout en insistant sur l'importance du soutien familial qui leur permet de supporter le traitement. L'accès à ces techniques est perçu par les femmes, comme une chance et une opportunité pour tenter d'enfanter. C'est le recours de « dernière chance ». La recherche de Françoise-Romaine Ouellette, (1988) sur l'expérience des femmes candidates d'AMP, nous aide à comprendre pourquoi elles adhèrent à la « solution » médicale malgré les difficultés et les risques qu'elle comporte souvent. Les témoignages des femmes en traitement d'infertilité en disent long sur l'obligation qu'elles ressentent d'être traitées. Il était impossible pour les femmes de refuser une offre médicale et scientifique c'est-à-dire d'essayer l'AMP. Ces attitudes favorisent l'ouverture aux interventions techniques tout en consolidant l'idée que tout doit être tenté. Cette perspective traduit progressivement leur droit à la santé, aux services de santé, à la reproduction, jusqu'au droit à l'enfant sans pour autant ignorer les interrogations sur les raisons d'être de ces technologies. En outre, ces femmes identifient les techniques de l'AMP comme des méthodes qui favorisent une reproduction technicisée. La maternité se traduit par une dispersion corporelle qui fait suite à la gestion technique de la procréation.

Cette décomposition et recombinaison spatio-temporelle de la procréation transforment la corporalité de l'humain dans ses dimensions organiques et imaginaires. Cette logique exprime au fait une logique technoscientifique qui, dans le champ de la procréation humaine, aboutit à une redéfinition pragmatique et technicienne de la procréation à travers les gamètes prises comme pièces détachables, manipulables, menace l'intégrité du corps. Dans ce sens, le développement des rapports marchands qui prennent place dans le domaine de la procréation où « les conditions de la procréation, décomposées scientifiquement, se présentent désormais comme un montage d'éléments biologiques, susceptible de donner lieu à des transactions entre des porteurs, transactions qui ne sont plus dominées par le rapport sexuel ». (Tort, 1992 : 64). En effet, les recherches de Gay Becker centrées sur le problème de l'infertilité, enrichies des interrogations anthropologiques fondamentales sur les enjeux des nouvelles techniques de reproduction liés à la

famille, l'identité et les valeurs. Il adopte un point de vue critique et engagé contre un système industriel et sanitaire qui fait bien peu de cas du respect des personnes. Il montre que les technologies de la procréation « deviennent des produits de consommation où le critère déterminant est la capacité à payer, et l'autre sur le bilan dressé à propos de la « normalité » après le « long voyage » dans le monde de l'infertilité » (Gay Becker, 2000).

L'infertilité et les techniques reproductives sont largement analysées à l'aune du genre en tant que système hiérarchique définissant le masculin et le féminin et organisant leurs rapports sociaux de sexe (Héritier, 1996 ; Löwy, 2005). Les nouvelles techniques de procréation multiplient le partage hiérarchique binaire entre les sexes destinant les femmes au travail reproducteur (Tain, 2013, p.240).

Le parcours en PMA est vécue comme de véritables contraintes organisationnelles en ce qui concerne l'organisation des rendez vous et la nécessaire disponibilité qu'elle exige, tant dans la vie professionnelle que personnelle. Elle est unanimement perçue comme un grand investissement en termes de temps. Au travail, la gestion des rendez-vous en AMP par rapport au planning professionnel est souvent vécue comme contraignant et compliqué.

Si le parcours dans la PMA est vécue comme de véritables contraintes, ceci ne semble pas interdire à certaines d'entre elles, de faire face à toutes les épreuves longues et douloureuses de la PMA et de s'inscrire résolument dans une logique du risque pour tenter d'enfanter.

Les échecs des tentatives de la PMA entraînent des blessures qui peuvent être importantes. En effet, en promettant la possibilité d'une conception hors de l'acte sexuel, la PMA favorise la mise à l'écart de la stérilité et empêchent par là l'élaboration de la souffrance or, cette souffrance même déniée, elle ne disparaît pas, au contraire elle revient sans cesse et s'accroît jusqu'à ce qu'elle trouve une voie , c'est ainsi que le couple est en train de tout faire pour avoir un enfant, ce qui veut dire qu'ils n'ont pas renoncé à l'enfant, la souffrance du manque d'enfant est omniprésente et persiste tout au long du traitement de fiv, de même qu'ils tentent d'avoir un enfant en dehors de l(acte sexuel, . Le déni agit dans le sens d'une chosification : les couples soumettent leur vie et leur corps à l'impérieux « besoin d'enfant », ils se plient, voire se prêtent volontiers à toute sortes de manipulations même si parfois ce sont eux qui les exigent, en faisant recours pour nier la stérilité, à savoir ne peuvent se sentir entièrement maître chez eux. Les traitements de fiv se passent dans une ambiance de dépersonnalisation accrue de fait du cadre médical (Ansermet, Germond et Quijano, 2014).

Les techniques biologiques interviennent dans le processus de la reproduction de manière à permettre une reproduction sans sexualité, alors que l'infertilité demeure largement associée à la sexualité et en ce sens, elle relève symboliquement de la sphère privée et intime. La sexualité se détache alors de la reproduction. La dissociation entre fonction reproductrice et sexualité qu'incarnent les nouvelles techniques reproductives peut se faire même en l'absence de toute relation sexuelle.

2.1. Les techniques de la PMA : Un dévoilement de l'intimité

Les techniques de reproduction s'immiscent au cœur de l'intimité du couple marquant un glissement de l'intimité charnelle vers une intervention technique. L'intimité du couple est dévoilée. La conception ne résulte plus de l'intimité sexuelle d'un homme et d'une femme, mais se réalise dans un contexte médical. Il est important de penser les frontières entre ce qui est public et ce qui appartient à l'intime, à la sphère privée et au secret, tels la famille, le corps, la santé, la procréation, la sexualité.

Durant les consultations, il est indéniable que la dimension religieuse ou plutôt morale a son rôle à jouer. L'intrusion de l'équipe médicale lors de la prise en charge (réalisation de spermogramme, test Huhner...) est vécue comme une violation de leur intimité et peut laisser des séquelles sur sa sexualité. La prise en charge en PMA est souvent perçue comme une série d'atteintes à la pudeur. Cette pudeur comme manière de vivre au féminin s'avère difficilement dé-constructible parce que profondément incorporée et liée aux rapports sociaux de sexe. La pudeur et la honte dévoilent la position subalterne de la femme. Cette dernière n'ose pas se montrer ou parler en présence des hommes. L'intimité étant dévoilée aussi bien dans les multiples examens diagnostiques que dans les différentes phases de traitement, ce qui induit souvent une gêne. Ces examens touchant souvent à l'intimité, sont difficilement vécus. Ces femmes inscrites dans un protocole de FIV trouvent des difficultés à s'exposer son intimité conjugale dans la sphère de l'institution médicale. Ceci place toutefois la femme dans une posture inconfortable. Par ailleurs, parce que l'infertilité est une condition stigmatisée, l'intimité, devient ici essentielle. Foessel, (2008) écrit : « L'intime n'est pas ce qui n'apparaît jamais. Il désigne plutôt ce qui est *retranché* de la sphère sociale des échanges » (Foessel, 2008 p. 67). Les femmes se retrouvent en position de passivité, dépossédés de leur sexualité, de leur intimité, reprochent le manque d'intimité de la salle d'attente.

La présence de la technique dans l'intimité du couple est donc sortie du cadre du contexte procréatif conjugal et transférée à la clinique. Sous les techniques de la PMA, elle devient

visible. Le test post-coïtal est à ce titre emblématique et est souvent subi de gêne. Mais il est aisé de comprendre dans ces conditions que le traitement de la PMA puisse apparaître moins pire car il est porteur d'espoir. Dans une vision médicale, l'infertilité engage le rapport au corps, à la sexualité. Les femmes trouvent du mal à la révéler. Mais elles sont obligées à se dévoiler. Certaines femmes évoquent qu'il est tolérable que les professionnels essayent de contourner l'infertilité en passant par ces techniques. *« Je pense que la fécondation in vitro est une bonne solution pour réaliser le désir d'enfant... c'est très raisonnable. Il suffit juste que les gens nous comprennent c'et tout ».*

Les femmes voient que leur intimité conjugale n'a donc pas droit de la cacher au sein de l'univers médical. Certaines se sont plaintes du manque d'intimité lors des différentes étapes de leur parcours. Les femmes considèrent qu'il est inadmissible de ne pas avoir une chambre individuelle. Elles reprochent aux personnels le manque de discrétion concernant leur identité en présence de nombreuses personnes autour d'elles. Elles pensent que le médecin se substitue au rôle défaillant du couple. Il prend des initiatives, programme des relations sexuelles, pénètre dans l'intimité de l'homme et de la femme. Les médecins ou des biologistes font partie d'une nouvelle configuration de l'enfantement qui échappe à la conjugalité et à son intimité (Gavarini 2002 : p 83). Une d'entre elles, évoque que son mari révolté par ce transfert de la sexualité, en usant de la métaphore suivante : « c'est une sexualité sur ordonnance ». Il est donc contraint d'accepter cette méthode. Il refusé principalement le recueil du sperme ou sa congélation qu'il l'a nommera aussi : « une masturbation sur ordonnance ». La fusion des cellules reproductrices dans les conditions artificielles d'un tube à essai, puis leur implantation au stade de l'embryon dans l'utérus de la femme, interrogent la conception hors du corps féminin et des possibles impacts de « l'expérimentation ». Cette technique « de manipulations » selon l'expression d'une patiente, est perçue comme une sorte d'acte de transgression à la norme de la fécondation et de la conception de l'enfant. Cette instrumentalisation de la fécondation devient une question du sens moral de l'acte médical. Les femmes se rendent compte que leur intimité est bafouée et remise en question dans l'univers médical. Les méthodes d'AMP impliquent l'apparition, aux côtés du couple, d'un partenaire médical, qui désigne l'intimité de la relation médecin-patient mais aussi toute l'équipe : médecins, infirmières, secrétaires, anesthésistes. Ce partenaire médical aura au moment thérapeutique plus qu'un rôle de prescripteur : un rôle d'acteur et c'est ce qui change tout.

2.2. Vision instrumentale et mécaniste du corps féminin

La représentation commune évoquée chez nos interviewées est celle de la représentation du « corps objet, corps machine ». Les représentations des femmes rencontrées ne sont, toutefois, ni univoques ni figées, mais s'apparentent plutôt à « un puzzle, sans souci de contradictions » (Le Breton, 2003, p. 89). Avec l'émergence des technologies reproductives, les procédés deviennent anodins et banales en pensant qu'une conception humaine puisse avoir lieu à l'extérieur du corps de la femme. Tant l'introduction de la technique et de la science biomédicale au coeur de la relation sexuelle et conjugale, il ne semble plus faire flamber les passions, ni même provoquer de réserves » (Gavarini, 2002, p. 86). Certes les couples infertiles considèrent que le recours à l'AMP est comme une façon parmi d'autres de concevoir un enfant. Mais ils se retrouvent en négociation constante avec le discours médical. Ils reprochent aux médecins leur propension à rester renfermés dans une position technique et médicale. Pourtant, aux yeux des couples, l'infertilité dépasse largement la dimension médicale et demande plus d'informations et de compréhension de la part des spécialistes, qui sont enclins à investir la dimension psychologique de l'infertilité. Les centres de fertilité prennent un caractère de routinisation (Cussins, 1997) par lesquels certains questionnements, incertitudes sont ramenés sous l'angle de l'évidence et du naturel.

Par exemple, dans les centres privés, l'absence de psychologue est frappante. Tous le corps médical veut jouer ce rôle mais avec certains patients et pour un certain temps. La dimension psychologique de l'infertilité n'est que rarement interrogée (Bydlowski, 2004). Par contre dans le service public (l'EHU), les médecins en AMP se désengagent du rapport humain avec les patients en mettant en place, à l'intérieur même du service un psychologue qui se charge de la dimension émotive reliée au parcours des couples. Cette stratégie, quoiqu'elle permette à certains couples de bénéficier d'un soutien psychologique, favorise clairement la distanciation du médecin à l'égard du vécu de ses patients. Alors que les couples demandeurs de procréation assistée proviennent de situations existentielles extrêmes, plus elles révèlent des personnes fragiles.

Le parcours pour devenir parent est long, pénible (l'attente, les déceptions) et semé d'embûches. Des couples sont prêts à tout tenter pour avoir un enfant. La lourdeur des différents temps des prises en charge médicales de l'infertilité (attente de la grossesse naturelle, temps de l'investigation, de la procédure, des répétitions...) entraînant espoir, anxiété, déception si échec, tension dans le couple, ... Ainsi, en dehors des fragilités individuelles, le parcours du traitement de la stérilité pourrait, en soi, être déstabilisant et les motivations avancées pourraient être décourageantes.

Beaucoup de femmes nous disent que durant toutes les étapes du processus mis à part la première consultation, toute la relation médecin-patient était froide et distante. C'est la secrétaire qui prend la relève. *La secrétaire Mme A. était souvent en contact permanent avec nous. « C'est la secrétaire qui nous parle, nous explique, nous rassure, ça diminue nos inquiétudes et nos souffrances autrement, on abandonne comme les autres »*. Certaines études montrent qu'en dépit de l'insistance des couples à entrer dans les protocoles d'AMP, près de 60% d'entre eux abandonnent les tentatives au bout de trois essais, même quand le pronostic médical est favorable. Or, les motivations avancées tiendraient à un découragement, des sentiments négatifs dans la série anxieuse.

2.3. La sexualité re-naturalisée dans la PMA

La PMA nous invite à repenser l'opposition entre la nature et l'artifice qui sous-tend nos représentations de la reproduction. Éric Fassin (2002) évoque : « C'est le partage entre nature et culture, à la fois frontière mouvante et hiérarchie fluctuante, qui se trouve problématisé par les nouvelles formes de procréation, et en conséquence par l'anthropologie de la reproduction » (Fassin, 2002, p. 120). La médicalisation est donc une transformation socioculturelle qui « consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes » (Fassin, 1998).

Cependant, si hier, la contraception ou la pilule anti conceptuelle permit une sexualité sans procréation, aujourd'hui la PMA donna accès à une conception en dehors de l'acte sexuel. Les nouvelles techniques de la reproduction s'inscrivent d'emblée dans le rapport nature-culture, touchant le corps, particulièrement le corps féminin, ce faisant de genre.

Les médecins gynécologues, urologues et biologistes interviewés se mettent d'accord pour conclure que cette pratique n'a rien d'artificielle ou hors nature. Le juriste (occupant la gestion administrative du centre privé) nous explique que du moment où notre pays a accepté et a adopté ces nouvelles techniques procréatives, témoigne que le fait de dissocier la procréation de la sexualité n'est pas en soi un problème en Islam.

Selon lui, les couples qui viennent consulter pour une aide médicale, ont déjà réfléchi à cette démarche et ne la remettent pas en question, du moins pas avant le traitement. Tous les espoirs sont mis dans la technique, seule capable de les rendre parents.

Selon les médecins, certains de ses patients ayants pu avoir un enfant lui rendent visite régulièrement avec l'enfant, comme si le professionnel de la santé avait aussi un lien de parentalité avec l'enfant. « *On peut dire que chez ces couples, le désir de parentalité est*

subordonné à un parent, le médecin et le biologiste». Pour d'autres couples, certains témoignent d'un certain malaise et d'anxiété vécus surtout lorsque leur infertilité est inexplicable médicalement.

La stratégie dominante des professionnels est au fait la conformité au système actuel de genre. Le montage professionnel tend ainsi à effacer l'artifice au profit d'un modèle apparemment « naturel » de procréation. Les professionnels de santé mettent en présence des ovocytes et les spermatozoïdes. Et c'est la même manière naturelle d'une rencontre des gamètes dont un spermatozoïde doit féconder un ovocyte. Par conséquent, la sexualité redevient naturelle. Il semble que, dans la PMA, la sexualité n'existe pas mais elle prend forme d'une sexualité « re-naturalisée ». Cependant, Gavarini (2002) souligne que les procédés dits « artificiels » de la PMA ont perdu leur charge émotionnelle négative. « Tant la fonction médiatrice de la médecine que l'introduction de la technique et de la science biomédicale au coeur de la relation sexuelle et conjugale ne semblent plus faire flamber les passions, ni même provoquer de réserves » (Gavarini 2002, p : 86).

Écoutons ce gynécologue : « [...] *la vie qui va naître n'est pas artificielle, elle appartient au registre de la nature et si on a su le pourquoi des échecs, on aurait les 100%...et la loi de la nature fait que si on prend 100 couples normaux, ils n'ont aucun problème, prétend avoir un rapport au moment voulu, sur les 100 femmes combien de femme tombe enceinte ?...c'est 33 seulement, une femme sur 100 c'est la loi de la nature, donc c'est pour cela, on suit...tout est bien mais peut être ça serait la loi de la nature....et imaginez-vous que tout le monde ou toutes les femmes ou, on aurait une surpopulation et c'est la loi de nature qui fait ainsi* ». Médecin gynécologue, centre privé

Les médecins constatent que si le taux de fécondité est le même dans le cadre de l'AMP que pour la procréation sans l'aide de la PMA, il n'y a qu'un quart des tentatives de fécondation in vitro (FIV) qui réussissent. D'autres pensent que les taux de réussite peuvent être calculés en fonction de femmes enceintes plutôt qu'en fonction du nombre de grossesses menées à terme ». Certaines femmes qui, après l'adoption ou des tentatives de FIV, ont eu un enfant par voie naturelle, sans qu'il soit pour autant possible d'expliquer ce qui était en jeu dans cette infertilité et pourquoi cela a changé. En ce sens l'infertilité est discursive. Elle est interprétée dans une perspective des phénomènes de langage (Cacciali, 2003). Le médecin prend en compte l'acte médical, d'autant plus que, même dans la FIV, le résultat est loin d'être acquis. Mais il est aussi important de prendre en considération qu'il y a une logique du sujet, que la science cherche à éliminer parce qu'elle gêne son bon déroulement. Il s'agit de faire valoir qu'il y a une autre

rationalité que la rationalité scientifique. Une situation qui amène à conclure aussi que « l'industrie de la médecine reproductive s'appuie sur un désir humain (le désir d'enfant) difficile à rationaliser » et que « les couples achètent plus de l'espoir que des performances réelles » (Spar, 2006). À l'expansion des technologies reproductives s'ajoute également la banalisation des divers procédés qu'elles impliquent.

Pour leur part, les femmes déclarent que pendant leur négociation avec leurs époux en but de les convaincre à recourir à la PMA qu'elles reproduisent ce même discours en naturalisant cette manière de procréation.

« J'explique à mon mari que je vais avoir un traitement hormonal pour développer mes follicules ovariens (El-baidat). Ce développement folliculaire sera suivi par des échographies et d'un dosage hormonal par prise de sang. Une fois que deux ou trois follicules sont arrivés à maturité, l'insémination peut avoir lieu à condition que toi aussi tu m'accompagnes pour déposer ton hadek (sperme)...et Une fois ton sperme est recueilli au laboratoire puis préparé, le médecin va le placer directement dans mon utérus (la cavité utérine). Les spermatozoïdes vont alors rejoindre les ovocytes libérés des follicules ovariens matures. S'ensuit alors une fécondation naturelle. Donc il n'y a rien d'artificielle...c'est le médecin qui va aider nos gamètes à se fusionner et féconder... ».

Ainsi, les nouvelles technologies reproductives sont aujourd'hui davantage considérées comme une façon parmi d'autres de concevoir un enfant que comme une procédure médicale douteuse: « Quand une technologie médicale spécifique cesse d'être considérée comme expérimentale, elle devient alors rapidement acceptée du grand public comme pratique courante; en même temps que la technologie devient routinière, le débat se déplace et concerne alors davantage les coûts et les allocations qui lui sont liés » (Becker 2000, p. 13).

Le caractère artificiel de l'assistance médicale à la procréation renvoie de prime abord aux applications d'une technologie médicale lourde aux corps humains infertiles, à l'activation des matériaux biologiques (Gavarini, 2002) de la reproduction in vitro, à un « faire semblant » par lequel la médecine entend résoudre, grâce à des assemblages en laboratoire.

La religion musulmane permet une séparation entre la sexualité et la procréation, mais ne permet pas de dissociation entre la biologique et le juridique : l'enfant soit conçu dans le cadre du mariage. Dans la même approche, Simone Bateman, a montré que l'assistance médicale à la procréation soulève un problème de morale sexuelle qui ne semble pas d'emblée évident. Elle disait : « En d'autres termes, pas de tiers dans la sexualité du couple autre que Dieu, vraie source de la fécondité du couple; pas d'autres actes que ceux « spécifiques » de la sexualité génitale, et

pas d'autres cadres pour cette sexualité « exclusive » que celui du mariage. C'est parce que Dieu est la source de fécondité d'un couple. Dès le moment de sa conception, la vie de tout être humain doit être absolument respectée ». Selon nos interlocutrices, la permission du recours à l'assistance médicale à la procréation découle de ce que l'infertilité est une maladie, et l'Homme a l'obligation de chercher le remède à toutes les maladies. Cette obligation trouve sa source dans les objectifs eux-mêmes de la loi islamique » (Al Attrach, 2006, p. 151). Ces femmes élaborent, pour elles-mêmes, une éthique du recours à ces nouvelles techniques de reproduction. Elles perçoivent Dieu qui décide de la procréation.

La place de la religion dans le processus technique de la PMA est omniprésente. Pour ces femmes, l'efficacité des traitements attendue ou obtenue, est ici attribuée à une force divine. « *C'est Dieu qui permet ou non à donner la vie*⁴⁵. *Les médecins font de leur possible, ils rapprochent les gamètes de la femme et de son mari...Ils ne font que subir l'action divine* ». En fait, la procréation est mystère. Les femmes se réfèrent à Dieu, seul lui revient la décision de leur destin. Dans cette vision, et en comparons avec ce qui se passe ailleurs, la sociologue Séverine Mathieu montre bien, dans son ouvrage intitulé : *L'enfant des possibles*, la place de la religion dans le processus technique de la PMA en soulignant l'importance de l'aménagement des règles religieuses mais dans une vision pragmatique et individualiste.

Femmes et hommes et médecins partagent l'idée que, finalement, tout dépend du Dieu. Il semble que cela permet d'inscrire la PMA dans les représentations morales et de relativiser la crainte d'une puissance de la biomédecine. Pour les médecins, la référence au Dieu sert aussi à pousser le patient à mieux accepter les échecs éventuels.

En outre, La pratique de l'assistance médicale à la procréation est perçue comme « naturelle » malgré son caractère artificiel. Le résultat de la technique est identique au résultat de la procréation naturelle. Elle se situe dans la restriction socio-légale des fondements socioculturels de la société algérienne. Elle se produit également par le maintien de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, le développement des nouvelles techniques reproductives ont contribué à inscrire le processus reproductif dans un espace particulier, celui

⁴⁵ Dans un entretien avec une de nos interlocutrices, (enseignante en sciences Islamiques) se basant sur des versets coraniques, nous explique que la vie humaine ne commence que le 120^{ème} jour. L'âme (*ruoh*) est insufflée par Dieu à ce qui n'était encore qu'un « morceau de chair ». Celui-ci est passé par le *nutfâ* (goutte de sperme), l'*alaqa* (caillot de sang) et le *mudgha* (morceau de chair). (Sourate el Hadj n° XXII, verset n° 5) et (Sourate El mouninoun n°XXIII, verset n° 12-13-14). Sourate El Insan n° 76 verset 2. Sourat Equiama 75, verset n° 37-38 -39

de procréation sans sexualité. Cela témoigne, comme disait Corine Fortier : « le fait de dissocier la procréation de la sexualité n'est pas en soi un problème en islam » (Corine Fortier, 2013 : p 13). Cependant, les représentations concernant la naissance de l'enfant semblent être modifiées car l'imaginaire de l'enfantement a été pénétré par la technicité médicale (Gavarini, 2001, p. 10). Lorsqu'on parle d'une insémination artificielle ou une fécondation *in vitro*, le caractère artificiel peut être entendu de plusieurs manières. « L'artificialité renvoie aux applications d'une technologie médicale lourde aux corps humains infertiles, à l'activation des matériaux biologiques de la reproduction *in vitro*, à un « faire semblant » par lequel la médecine entend résoudre, grâce à des assemblages en laboratoire, ce que la « nature » ne parvient pas à produire. » (Gavarini, 2002, p. 03). « La procréation a pu soudainement apparaître comme le résultat d'un acte biologique et technique, hors sexe, un acte scientifiquement dirigé.

Les femmes rapportent les mots utilisés par leur entourage familial et professionnel pour dire que l'enfant né par aide médicale à la procréation est appelé par ces termes tels que : « enfants de la science », « bébés éprouvettes », « enfant artificiel », « bébé *in vitro* », « bébé de la dernière chance », « enfant *oueld labra* », « enfant *made in science* », « enfant du laboratoire »... Ces femmes représentent la procréation médicalement assistée comme « naturelle » « *c'est le procédé qui est artificiel manipulé par le médecin* ». Cette procréation peut constituer des interventions « raisonnables » et moralement acceptables. Son caractère dépend du but visé. Ces techniques sont utilisées pour aider à procréer. Ce qui leur donne un caractère naturel. En effet, la naturalisation de la reproduction, fondée sur l'image du rapport sexuel, ne s'impose pas comme une évidence. Avec l'assistance médicale à la procréation, la reproduction ne découle pas obligatoirement de la sexualité. Certaines femme se mettent d'accord avec les médecins gynécologues, urologues et biologistes pour conclure que cette pratique n'a rien d'artificielle ou hors nature. Ils mettent en présence des ovocytes et les spermatozoïdes c'est la même manière d'une rencontre des gamètes dont un spermatozoïde doit féconder un ovocyte. Par conséquent, la sexualité redevient naturelle. Il semble que, dans la PMA, la sexualité n'existe pas mais elle prend forme d'une sexualité « re-naturalisée ».

Cette « naturalisation » se produit en comparaison avec la procréation sans l'aide médicale notamment sur les moments de la procréation (la grossesse et l'accouchement). Les femmes élaborent un discours qu'elles jugent être rationnelle. « *...parce que l'enfant qui naît, n'est pas un « extraterrestre », l'embryon ne se développe pas dans une « bouteille » ou un tube, par l'accentuation du maintien du lien génétique en tout les cas, l'enfant est « notre » enfant, une*

partie de notre chair ». L'aspect « naturel » constitue à classer les techniques dans ce qui est « rationnel et positif ». Les techniques offrent une aide aux femmes (et aux couples en général) pour qu'elles puissent avoir un enfant et selon leur expression : « vouloir sentir la grossesse » et faire vivre l'expérience de la maternité. Le sentiment d'artifice (insémination artificielle) se retrouve très rarement chez les femmes cadres mais souvent chez leur entourage. Les femmes montrent que ces techniques appartiennent au progrès. Le but de la PMA est clairement limité à la procréation.

Les femmes aux foyers, ayant un niveau scolaire secondaire, n'hésitent pas à enrichir leurs connaissances dans le domaine de la PMA, en s'appropriant de façon autodidacte un savoir médical résultant de leurs recherches sur internet ou grâce aux différents médias. Il semble en effet important d'indiquer la multiplicité d'acteurs qui vont intervenir sur la question de l'infertilité. Elle ne se réduit pas aux mondes sociaux de la médecine. Elles ont en effet recours aux imams etc... Ces femmes, déjà familiarisées avec ces techniques, arrivent à distinguer l'insémination artificielle et la FIV des autres techniques qui sont en effet des pratiques ne visant pas la procréation.

« La FIV, oui, c'est une technique raisonnable qui peut ... à laquelle on peut avoir accès. Mais d'autres techniques comme le clonage et ces trucs-là, c'est quelque chose qui n'est pas admissible. Ça c'est une autre affaire, c'est différent...L'insémination et de la FIV ne sont que des moyens permettant de procréer dans les normes que Dieu nous les a tracé ».

Ces dernières sont exclues de ce que «sont» autorisées. Elles distinguent entre l'acceptable et l'inacceptable en se référant à la norme religieuse.

La procréation médicalement assistée renvoie de prime abord à l'activation des matériaux biologiques de la reproduction in vitro, à un « faire semblant » par lequel la médecine entend résoudre, grâce à des assemblages en laboratoire, ce que la « nature » ne parvient pas à produire. C'est le corps qui est réduit en fragments biologiques. Au fait, la fécondation in vitro, en se substituant à l'acte sexuel, non seulement elle fait perdre à la conception son caractère « naturel », mais elle crée aussi du biologique en tant que tel, rendant ces techniques capables de produire ce qui est considéré « naturel ». La nature apparaît dès lors « manipulée et manipulable» (Edwards, 2009, p. 03) à travers des techniques « nées (elles-mêmes) de l'union de substances reproductives et de l'innovation technologique » (Franklin, 2013, p. 21).

Claire Beaudevin, une certaine hésitation des femmes à s'appropriier l'étrange fœtus, aperçu sur l'écran de l'échographie. On peut gager qu'au fil des années, cette appropriation se modifiera par le jeu de la familiarisation avec la technique. Les sciences sociales ont beau jeu de rappeler que si on ne naît ni homme ni femme, on le devient. Ni la paternité ni la maternité ne sont non plus totalement naturelles.

L'imagerie, symbole du progrès technique, ne renouvelle pas seulement les questions médicales du diagnostic et du traitement, elle suscite une réflexion sur les inégalités sociales qu'elle peut contribuer à maintenir ou même à créer dans différents contextes. De toute manière, elle ne saurait tenir sa promesse d'une transparence du corps sain et malade, et d'une transparence des décisions médicales.

2.4. La PMA : Une pratique incertaine

L'incertitude est une composante incontournable de la démarche de la procréation médicalement assistée. La vie reproductive a longtemps été marquée par l'incertitude. Soit les enfants arrivaient ou ils n'arrivaient pas. Il semble que pour certains femmes et hommes, avoir une vie reproductive emplis de certitudes telle que : ne pas avoir d'enfant tant qu'on ne le souhaite pas grâce aux méthodes contraceptives médicales, une certitude d'avoir un enfant quand on le souhaite grâce aux techniques d'assistance médicale à la procréation, certitude d'avoir un enfant sans malformation grâce au diagnostic prénatal. L'offre médicale semble donc permettre une maîtrise de la reproductive. Alors que cette maîtrise n'est pas si parfaite qu'on le pense car le taux de réussites des techniques d'assistance médicale à la procréation reste, malgré tout, très faible.

Du côté de nos interviewées, ils vivent constamment le doute et la peur sur la fiabilité de la poursuite du projet d'enfant grâce à l'aide médicale. Elle caractérise le fait de ne pas avoir de garantie de la réussite de ce projet, à cause des échecs successifs des traitements. Cette dernière dimension se rapporte aux tensions critiques entre les formes d'évaluation et les modalités de gestion de l'incertain qui les accompagnent (Thévenot, 1995). En fait, l'incertitude sur les résultats des techniques de la PMA s'associe au faible degré de contrôle exercé par les couples infertiles sur cette source d'incertitude (pourtant importante pour la réalisation des objectifs définis, avoir un enfant) et à leur capacité à la gérer. Les médecins pensent que la réussite de cette pratique est appréciée en fonction du nombre de fécondation plutôt qu'en fonction de femmes enceintes. Mais ils sont au cœur d'un dilemme. Le choix à opérer repose sur l'enjeu du

résultat de la tentative. C'est surtout : comment vont-ils expliquer l'échec aux couples et comment le justifier ?

Au moment de notre enquête, ce qui caractérise le discours des professionnels à propos la réussite ou l'échec de la fiv, est ce qu'il convient de dire aux couples le jour du verdict. Nous écoutons ce discours entre patients et professionnels qui a eu dans la salle de réception couple. Le couple s'approche vers la secrétaire qui est derrière le comptoir. L'homme voulait connaître certaines explications sur l'échec : il demande à la secrétaire :

L'homme: *Excusez-moi madame, nous venons d'avoir le résultat de la FIV. C'est négatif [grimasse] et j'aimerais bien connaître pourquoi ça n'a pas marché !*

La secrétaire : *« On est désolé, Mme X, tout au début du processus, elle vous a expliqué que probablement ça marche, probablement ça ne marche pas, on a tout essayé pour que ça réussisse mais c'est plus fort que nous. Nous même, avons bien voulu que ça marche, c'est une réussite pour vous et pour nous, mais...Allah ghaleb » !*

La femme : *« Oui, mais dans toutes les consultations, on me dit que le bilan est bon, les follicules se développent bien, tout a été bon..., d'où vient cet échec? »*

L'assistante a biologiste : *« je ne sais pas quoi dire, nous même, parfois on est étonné, on ne trouve pas vraiment une explication, de toute les façons, vous pouvez tenter une autre !*

Dans le cas de la PMA, la rigueur descriptive résultante d'une exactitude dans l'énoncé » (Faucoult, 1963, p. 114) ne fait pas toujours la règle de la logique médicale. Par l'intermédiaire du langage, sont dressés les descriptions et les tableaux cliniques et biologiques des couples et ces descriptions qui contribuent à façonner les gens. » Hacking, 2005. L'enjeu pour ces couples n'est pas simple. Car, toutes les consultations et examens ont été favorable pour réussir une FIV. Or, en réalité le couple se trouve contraint à cette épreuve. Derrière ces pratiques dépend une étiquette sociale et individuelle : regard de l'autre et de soi même. Par contre le médecin se protège derrière une autre justification.

« Comment allons nous lui dire, si nous même on n'a pas de réponse, quels sont les termes utilisés pour les convaincre, moi non plus c'est désagréable de revoir les patients sans résultat positif »

« Au moment où la PMA n'est qu'une aide à la procréation, on n'est pas le créateur, je ne vois pas pourquoi on n'annoncerait pas que Dieu n'a pas voulu, peut être le corps de la femme n'a pas réagit favorablement, je ne sais, d'ailleurs si les grands spécialistes du monde ont trouvé une explication, les choses auront changées... »

« Si on leur dira directement que la fiv ne va pas marcher, ou bien tu ne pourras faire des enfants, on le mettra une étiquète, et il l'aura toute sa vie..., dès fois les cas se ressemblent, ils ont le même diagnostic, et pourtant la fiv a marché... »

Ces différents discours indiquent bien que les professionnels expriment leurs préoccupations quant à l'information donnée aux couples, et encore comment ces couples vont l'interpréter. Les professionnels sont confrontés aux situations d'incertitudes tiennent les discours marqués par une approche fondée sur les cas de malade « On a eu un cas où il avait le même diagnostic, le même bilan, le même traitement et la FIV a marché, comme on eu des cas où on était sûr que ça va marcher mais malheureusement ça échoué... ». Certains couples évoquent que dès qu'ils sont renvoyés à leur gynécologue habituel, en cas de grossesse en cours, ils se sentent abandonnés, rejetés, reviviscence probable du sentiment d'impuissance associé à l'infertilité.

Il est clair que cette incertitude indique les limites de la prise en charge. L'offre médical reste technique et sans soutien psychologique. Comme disait Lina Fermon (2011) : « des solutions de l'échec peuvent être proposées mais elles ne font pas partie de la dynamique médico instrumentale » (Fermon, 2011, p. 76). L'espoir est le moteur du processus des tentatives, lorsqu'elle échoue, les patients ressentent qu'ils sont balancés et éjectés du système par les professionnels sans qu'un travail de deuil soit envisagé sauf pour certains couples, une autre tentative ou aller vers l'adoption est proposée. Cette vision instrumentale est un souvenir difficile et reste un échec total parce qu'elle n'a pas donné d'enfant et surtout que ces couples ont un sentiment d'échec. . L'échec est ici compris en référence à l'expérience du couple. « L'échec » correspond donc à l'absence d'une naissance vivante à l'issue du parcours médical et que l'institution ne prennent pas en charge le désarroi et le deuil des ses patients. Ceci montre bien que la pratique d'AMP fonctionne sans solution médicale :

Le médecin : *vous pouvez faire d'autres démarche, tenter une autre fiv, ou l'adoption par exemple.... Peut être avec le temps, les spécialistes trouveront d'autres techniques meilleures, les choses évoluent... !*

La patiente : *On peut aussi attendre définitivement !*

Devant les hésitations du médecin, les deux parties sont laissées dans l'attente et sans que ces techniques ne sont pas assurées pour faire face au désespoir des couples.

L'espoir des couples est fait d'une chaîne de tentative continue et dans une dynamique de l'espérance d'avoir un enfant, pour ne pas se culpabiliser. Les femmes se disent que tant cette pratique est disponible, et elles ont la possibilité d'y recourir, elles tentent pour ne pas avoir le regret à l'avenir, par la suite, elles peuvent attendre qu'une grossesse naturelle pourra survenir.

Dans tous les entretiens enregistrés, l'engagement des femmes dans le recours aux techniques reproductives est perçu comme une lutte contre le désordre causé par l'infertilité. Ceci est appréhendé comme une attitude responsable et significative d'un sentiment de non regret et d'un sentiment négatifs liés à l'absence d'actions concrètes.

La plupart des femmes évoquent que les tentatives ont un coût physique, psychologique et financier. Les essais conclus par échec, leur ont donné la conviction d'avoir tout fait et d'avoir essayé tout ce qu'il leur est possible d'essayer : « *Si tout était à refaire, je ne repasserais par le même chemin* ».

Les femmes pensent qu'après plusieurs FIV, leurs corps sont stimulés, elles ont l'espoir que la grossesse pourrait venir naturellement grâce aux traitements de la FIV. Elles sont enclines d'entendre les dires des professionnels de ne pas y penser trop. « *On nous dit qu'il ne faut pas trop y penser, car ça peut bloquer, mais comment pouvons-nous ne pas penser si nous vivons des tensions par tout... pendant les consultations, la prise du médicament, avec la famille, au travail...* ».

Une autre femme disait : « ... Le médecin, la biologiste me disent qu'il faut bien penser à autre chose et de laisser la nature faire son œuvre *Khaliha ala rabi*, ceci est d'un côté, et d'un autre côté, ils veulent que je consigne tout (rapports sexuels, douleurs, menstruations) sur mon propre calendrier. Je ne peux pas penser à autre chose qu'à l'enfant à venir... je voudrais bien moi. Si tu ne calcules pas, tu vas passer à côté de ton ovulation. Parfois, je trouve que ces médecins sont contradictoires ».

Les propos de cette femme incarnent clairement le paradoxe dans le discours des professionnels. Il s'agit d'un dilemme entre un discours médical reflétant la discipline et un discours culturel « *Khaliha Ala Rabi* (Je laisse tout au soin du Dieu) ». Cependant, il est clair ce

témoignage montre aussi que la patiente n'est pas une personne réceptive passive face au médecin et biologiste. Elle sait que le processus de la fécondation in vitro n'est pas simple et la fécondation elle-même entièrement contrôlée par les médecins, est loin d'être naturelle. Pour certains couples, c'est une procréation artificielle auquel il faut conserver son caractère naturel sous peine de perdre le sens de ce qui est fait avec la technique parce que celle-ci est dans la plupart du temps productrice d'enfant biologique. C'est-à-dire que l'enfant est issu génétiquement de ses deux parents.

En effet, ils sont nombreux à entrevoir les techniques reproductives comme une façon d'aider le corps à réagir tout en faisant appel à la science. La dimension naturelle de la reproduction n'est pas effacée. Ainsi, les couples sont nombreux à se questionner sur les limites de l'intervention médicale en regard du processus reproductif et plusieurs arrivent mal à tracer une frontière claire entre le naturel et l'artificiel, mais aussi entre ce qui est biologiquement acceptable comme démarche et ce qui ne l'est pas : « *Tout a commencé bien, sauf que l'embryon n'a pas pu se coller, c'est ton corps ne veut pas...je suis déjà chanceuse d'en avoir eu un avec in vitro, mais cette fois-ci la chance m'a abandonné* ».

Pour certaines femmes, après l'échec de la tentative, c'est l'espoir qui permet de continuer le traitement et tenter d'autres essais. Cependant, d'autres se mènent vers le désespoir parce que toute leur vie est captée par le corps médical. « *L'attente est difficile à gérer, j'étais entre l'espoir et le désespoir, je dépendais d'eux* ». Ces couples sont dépendants aux exigences médicales.

Les effets négatifs des traitements en fertilité sont vécus difficilement par certaines femmes. Souvent entrevus comme un mal nécessaire, plus ou moins en début de processus. Les douleurs endurés par les femmes semblent suite aux hormones, sont plus difficiles à accepter. Elles affectent autant la santé physique que mentale de ces dernières:

La PMA ne permettait cependant de résoudre tous les problèmes de la stérilité. La diffusion importante des techniques de la PMA conduit à s'interroger sur les résultats obtenus avec ces techniques. Chaque centre de fertilité calcule le taux de réussite à partir de ses propres critères. Le taux est calculé en fonction de femmes enceintes plutôt qu'en fonction du nombre de grossesses menées à terme, parfois à la fécondation elle-même pourtant suivie d'une fausse couche ou avortement. Cependant, les couples soulignent l'intérêt de considérer la naissance d'un enfant plutôt qu'une grossesse. En effet, du point de vue des couples, un succès se mesure

en termes de chances de réaliser son projet parental. En ce sens, Spar (2006) indique que les couples achètent plus de l'espoir que des performances réelles.

Les études de psychologie (Bydlowski, 2003) faites sur les échecs des FIV les remontent aux conflits psychiques pour des cas d'infertilité ayant des causes connues ou inconnues. « Les enfants ne naissent pas si facilement de la biologie. « Si l'on ne tient pas compte de cette participation, l'inconscient, que patient aussi bien que nombre de gynécologues tentent de nier, fait retour et s'impose face au triomphalisme biologique » M. Gaille, 2008, p. 10). Cependant, la majorité des médecins tentent comprendre encore mieux la physiologie pour davantage maîtriser le corps, alors que d'autres sont peu qui temporisent et espèrent l'aide des psychologues. Dans le cadre de cette aide psychologique, quelles que soient les causes organiques, l'échec ou même la réussite d'avoir une grossesse renvoie à une organisation psychologique, sociale et médicale reste déterminante. « Face à l'escalade des techno-sciences, l'infertilité, quelle qu'en soit l'origine, possède un sens.

Conclusion

Enfin, notre posture compréhensive nous a permis de décrire les sens donnés aux techniques reproductives auquel le recours est envisagé. Le discours de nos interlocutrices est nettement diversifié. Chaque représentation est distincte des autres mais elles reflètent le rapport des femmes à ces techniques et leur savoir en regard de la reproduction humaine. Ces techniques ne sont pas déconnectées du contexte social. Elles s'inscrivent dans des croyances et des représentations préalablement existantes définies comme un processus constituant une structure d'une personne en quête de sens » (Fsian, 2015).

Les techniques de la procréation assistée, parce qu'elles sollicitent l'intervention de la médecine, remettent en avant la dimension collective de la reproduction et de la filiation. En revanche, elles sont venues transformer en profondeur le registre des relations intimes entre hommes et femmes et mettre en jeu une logique techniciste représentée par l'idéologie du progrès scientifique.

En outre, malgré son caractère artificiel (technique), le lien génétique du même couple (marié légalement), le redonne son caractère naturel. Finalement, reconnaître les savoirs des femmes à propos des techniques l'assistance médicale à la procréation, c'est reconnaître leur existence sociale en tant qu'actrices plutôt que simples témoins. Ce n'est pas parce que la femme n'a pas connu de maternité qu'elle est « *moins femme* ». Il est nécessaire de se débarrasser des stéréotypes du genre : la femme n'a pour mission que la procréation. Reconnaître l'autre pour ce qu'il est et non pour ce qu'il a, c'est déjà une façon d'accepter chacun avec ses différences et,

accepter l'autre tel qu'il est, c'est aspirer aux changements positifs. Pour des recherches prometteuses à l'avenir, nous essayerons d'examiner les points de vue des hommes et des professionnels praticiens à propos de ces techniques.

Entre espoirs et craintes, la PMA ne guérit pas. Elle répond à un problème d'infertilité masculine en agissant sur le corps de la femme. Dans ce dernier cas, il s'agit en quelque sorte d'une « forme de traitement d'une stérilité pathologique grâce à une thérapeutique particulière. La procréation médicalement assistée repose entièrement sur le fait de contourner la nature lorsque celle-ci ne permet pas la procréation et l'engendrement sans aide. Elle détourne les problèmes plus qu'elle ne les résout, il ne s'agit pas d'une thérapie dans le sens où elle ne guérit pas; en réalité, l'acte médical remédie une infertilité en s'inscrivant au-delà d'une stricte visée curative (Bateman, 2001). Pour autant, l'infertilité pathologique et l'infertilité sociale sont prises en compte. Il semble que les femmes constituent un marché propice pour les médecins praticiens des nouvelles technologies de procréation. Les femmes mettent leur corps et leur matériel procréateur au service des centres de PMA.

Ayant abordé les sens pluriels de la procréation médicalement assistée chez les couples, il s'agit maintenant de monter la place que tient le genre dans ces nouvelles technologies de reproduction et d'envisager dans quelle mesure cette pratique modélise les physiologies féminines et masculines.

Chapitre 6

Le corps féminin sous l'emprise de la PMA.

L'idéologie soutenant la « nécessité » de l'enfant est toujours la même : c'est une idéologie patriarcale pour laquelle une femme n'est une femme que si elle est mère, une idéologie droitière aux préoccupations naturalistes [...] ; une idéologie qui rencontre avec bonheur les intérêts scientifiques et pécuniaires de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique (Rouch, 1991, p. 246).

Introduction

Ce chapitre est consacré à l'analyse de l'emprise médicale sur le corps féminin et masculin. En d'autres termes, ce ne sont pas les corps sexués qui sont en jeu, mais les cellules sexuelles de la femme et de l'homme. Cependant, l'attribution de la reproduction au corps féminin est profondément ancrée dans l'expérience des femmes dans le processus de la PMA. La logique médicale qui mobilise principalement le corps féminin, même en cas d'infertilité masculine. C'est l'argument médical utilisé pour justifier une telle pratique en utilisant la fécondation in vitro en cas d'altérations non spécifiques du sperme comme un moyen le plus direct d'apprécier le pouvoir fécondant du sperme. Autrement dit, le corps médical considère comme « naturel » que le corps de la femme subisse une intervention chirurgicale en vue d'établir un diagnostic concernant le corps de l'homme. La médecine est intervenue sur le corps des femmes, en tant que corps reproducteur (Tain, 2003). Nous essayons de montrer l'apport de l'analyse des féministes concernant les nouvelles technologies de reproduction. Elles ont démontré que ces techniques suivaient une idéologie patriarcale, au sens où ces techniques devenaient des moyens d'appropriation et d'exploitation des corps des femmes (Laborie, 1986).

A contrario, nous souhaitons aussi rendre compte la dimension physiologique féminine de la procréation médicalement assistée. Elle organise une symétrie entre les sexes, mettant en équivalence les femmes et les hommes devant cette expérience de la procréation, jusqu'ici radicalement différente. En effet, l'homme est contraint de réaliser le procédé qui permet une procréation assistée est fondé sur le prélèvement de la semence masculine.

1. Le corps féminin et procréation dans la logique médicale

Les corps des femmes ont tendance aujourd'hui à être de plus en plus médicalisés, non seulement en matière de reproduction mais aussi à d'autres niveaux. Le corps humain est au cœur de la biomédecine. Dans la logique médicale, un corps est construit d'un ensemble de « pièces détachées » : éléments à modifier, manipuler, voire améliorer, rendus visibles et disponibles par la biomédecine. Le corps de la femme est dynamique, évolutif : son appréhension dépend du contexte précis d'une culture, d'une société et d'une époque données. Si le progrès biomédical offre à la femme de plus en plus le choix sur son corps, ces choix sont néanmoins limités en fonction des impératifs technologiques. Par conséquent, des tensions entre le choix de l'offre biomédicale et la menace que peut induire ce progrès en forme de norme sociale auquel il peut limiter cette liberté de choix. C'est pour cela que le droit intervient. Mais en quoi le droit peut prendre en compte le corps de la femme ? Thérèse Callus (2013) explique que dans la société anglaise, « tout comme le statut de la femme elle-même, le corps est moteur d'identité individuelle et personnelle, une identité qui puise sa connaissance dans le droit. Toutefois, ce corps est à la fois objet et sujet, ce qui rend la personne vulnérable et responsable [...] mais aussi sa vulnérabilité face aux décisions d'accéder aux progrès, ont abouti à la reconnaissance d'une liberté qui n'existait pas ». En effet, la perception du corps par la science, ainsi que la pratique médicale ancienne, avaient toutes les deux renforcé l'infériorité de la femme en instaurant une vulnérabilité contre laquelle elle a dû à luter. Par exemple, la femme est représentée avec un crâne plus petit que celui de l'homme, un bassin plus large que celui de l'homme pour insister sur ses capacités reproductives ». (Callus, 2013, p. 22). La femme relevait de la sphère privée et familiale, l'homme de la scène publique et intellectuelle.

Le corps comme objet d'étude interpelle les interactionnistes et d'autres approches féministes. Le corps des femmes en tant que reproducteur intéresse les chercheurs médicaux. Cependant ces corps féminins sont perçus comme fragiles et instables parfois et la médecine tente d'en comprendre les mécanismes pour les rendre plus maîtrisables. Le rapport des féministes à la médecine et aux médecins est paradoxal. La médecine et les scientifiques médicaux ont apporté aux femmes les moyens, notamment avec la pilule contraceptive, de décider de leur procréation, et de l'autre côté, celles-ci les accusent d'être dans une logique patriarcale d'appropriation du corps des femmes. La pensée médicale dans la conceptualisation de la différence et l'assignation des femmes à la nature (Fraise, 1992) a fait du corps un objet

d'observation médicale par excellence et d'intervention privilégié depuis la fin du dix septième siècle XVIIIe en Occident.

Cependant les travaux de Martin (1999) dans le contexte Occidental sont apparus pour montrer que la vie prenait naissance dans le corps de l'homme, grâce à son énergie masculine.

Ces croyances cachent en fait l'assimilation du processus biologique de la reproduction à la seule condition féminine. Les femmes sont les seules à porter les enfants, réduites simplement à la condition reproductive et au rôle maternel. Ceci n'est qu'une preuve pour témoigner cette asymétrie de genre. Les études avancées par Lowy, Rouch (2003) rejetant le cloisonnement de la femme comme nature, montrent au fait que si la distinction de sexe (Théry, 2005) est bien toujours présente basée sur la différence anatomique entre les femmes et les hommes et leurs rôles dans la fonction procréative, la définition du féminin et masculin d'une société à autre, marque son caractère socialement construit.

Le corps constitue un produit social, des techniques culturelles valorisées (Fassin, 2004). Le corps est conçu à partir de tout ce que la culture lui a fourni comme moyens d'organiser les perceptions et les représentations du monde. Le discours sur le corps se place comme une enveloppe qui couvrirait la pratique quotidienne, et qui donnerait un sens. En effet, le discours est parfois contrarié au sein de chaque culture, par contre dans le discours médical, le corps est compris à travers des représentations disant mécaniques et organiques. C'est à partir du couple dysfonctionnement –fonctionnement du corps que le médecin peut élaborer le diagnostic et prescrire des soins.

Le corps féminin est pris comme objet technique. David le Breton (2005) disait : « Le corps de la femme se donne à la manière d'un laboratoire où s'accouche techniquement une reformulation de ses fonctions, où s'invente une anthropologie inédite qui gomme sa différence pour la rabattre sur un détail biologique techniquement maîtrisable ; laboratoire où se redessinent la condition humaine, la sexualité, la procréation, le corps, l'enfance, la filiation, la généalogie, la maternité, la paternité, le couple, le lien social, et même la vieillesse ou la mort » (Le Breton, 2005, p.273). Tout se passe comme si la reproduction n'était plus un enjeu des rapports de sexe. Les techniciens et les médecins de la reproduction apparaissent comme neutres, voire asexués, parce que scientifiques), mais un défi lancé par les sciences et techniques à la nature. Seules importent les gamètes disponibles, la technicité faisant le reste ». (Gavarini (1986, p. 197).

D'un autre point de vue, Delaisi De Parceval (1982) montre bien que tous les aspects affectifs du couple sont souvent décisifs dans la « stérilité » ou l'hypofertilité de l'homme, de la

femme ou du couple. Les nombreuses techniques de PMA instrumentalisent la grossesse et font souvent de la femme la simple porteuse d'une création toute médicale (Delaisi De Parceval, 1982 et Reboul, 1993). Toutefois, les concepts relatifs au corps sont sujets de réexamen lorsqu'il s'agit de passer à la pratique médicale, parce qu'il ne faut pas oublier le poids du social sur le corps. La personne incorpore une partie de la société et devient un espace de représentations symboliques dans le quel s'expriment les relations et les valeurs. Le corps est défini comme une entité physique, mais aussi une représentation, un moyen d'expression façonné par le système social. Ce corps social exerce une contrainte et des limites à la manière dont le corps est perçu. Il renvoie à une forme de contrôle dans les domaines de la sexualité, la procréation et la maladie.

Cependant, avec les investigations dans le cadre des techniques de la reproduction assistée sur l'infertilité masculine, le corps stérile ou infertile produit un ensemble de représentations sur le monde féminin, faisant porter la responsabilité à la femme. Selon nos interlocuteurs, cette représentation est en effet perçue en tant que norme de genre portant sur les questions d'identités sexuelles, de rôles reproductifs et de hiérarchisation des sexes. Les normes sociales restent prégnantes. Elles situent le féminin dans le mariage et dans la maternité pour prolonger la lignée et répondre à une injonction sociale.

Les couples déclarent que cette maternité est une condition et une finalité en soi parce qu'elle permet à une femme d'avoir une place dans la famille et dans la société et d'avoir ainsi un statut, une garantie autrement efficace en cas de répudiation. Avoir des enfants dans la société traditionnelle arabo-musulmane est l'élément fondamental de la sécurité pour une femme. (Bouhadiba, 1975, p. 263). Amina Lhassani (1995) souligne dans « *La citadelle détruite* », que le statut d'une femme est lié à la maternité, à travers son personnage qui enfante « après six années d'un mariage stérile » ce qui lui permet « de se faire une place » (Lhassani, 1995, p. 14).

Parlant de la procréation et reproduction, ceci nous rappelle la médicalisation de la maternité évoquée par Françoise Thébaud dans son ouvrage « *Quand nos grand-mères donnaient la vie*. Cette notion recouvre à la fois un état, c'est-à-dire la qualité de mère, une fonction reproductrice, l'action de porter et de mettre au monde des enfants ; une oeuvre d'art représentant la mère et l'enfant. Françoise Thébaud insiste sur la médicalisation de la naissance et sur le lieu où se déroulent les accouchements. Dans une histoire de mettre au monde et d'« élever » le tout petit, elle privilégie l'obstétrique et les progrès de la puériculture et décrit notamment le passage de l'accouchement à la maison à l'accouchement à l'hôpital. Cependant, avec la procréation

médicalement assistée, il s'agit de passage de la conception de l'enfant à la maison à sa conception à l'hôpital.

Le genre ayant un lien direct avec la reproduction et son organisation, va créer une division sexuelle, générant une distinction entre le masculin et le féminin, et introduit une hiérarchie entre les sexes (Delphy, 1991). Cette hiérarchie est la conséquence du privilège des femmes de l'enfantement (De Vilaine, 1986 ; Héritier, 2003). Le genre n'a aucune existence sans les rôles différents des hommes et des femmes dans la reproduction (Rubin, 1998). En effet, l'infertilité pose un problème aux familles et à la société et peut constituer un « trouble dans le genre » au sens de Butler (1990). La philosophe féministe américaine Judith Butler pense que c'est dans le discours que le sujet élabore son propre concept de genre comme une « performance ». J. Butler pense que les individus deviennent humains dans un monde de normes et le genre doit être compris à travers ces normes qui se cachent derrière l'idée de nature. Pour elle, les normes de genre instituent les catégories d'« homme » et de « femme » : La perte des normes de genre aurait pour conséquences de faire proliférer les configurations du genre, de déstabiliser l'identité substantive et de priver les récits naturalisants de l'hétérosexualité obligatoire de leurs personnages principaux : l'« homme » et la « femme » (Butler, 1990/2005, p. 273). L'individu n'échappe jamais aux normes, mais il peut les troubler. Les femmes se voient obligées à se conformer à la norme de genre. N. Athéa (1990) indique que la stérilité est culpabilisante car le poids des schémas normatifs pèse lourdement sur les femmes et sur les hommes. Cette culpabilité induit une rapide acceptation des traitements.

L'existence de ces techniques va servir à la production de familles, implicitement elles vont reproduire les rapports sociaux de sexe. Si les couples éprouaient des difficultés de procréer, et veulent avoir un enfant, les centres de PMA s'efforceront de « faire » cet enfant pour eux. Ce discours traduit la supposition implicite que la femme est mariée, que le désir d'avoir une progéniture est « naturel ». Par conséquent, l'expérience de la grossesse est une partie essentielle de la maternité. Donc pour contourner l'infertilité, la conception de l'enfant au laboratoire des institutions de santé est l'une des innovations médicales du traitement d'infertilité (Stuedler, 1974).

Marie Brochard (2014), dans sa thèse, nous rapporte que la reproduction est un travail où les outils ne sont pas détachés du corps féminin. En questionnant sur le statut à donner à la reproduction, elle montre que celle-ci fait l'objet d'un traitement social dans toutes ses étapes. Ce traitement ou contrôle prend la forme générale d'une contrainte à la reproduction, contrainte exercée par les hommes sur les femmes. Le caractère social de l'activité reproductive exige

qu'on s'interroge sur son statut en tant qu'activité, sur son classement parmi les activités humaines. Selon elle, le contrôle de la reproduction passe par le contrôle de la sexualité des femmes. La sexualité reproductive est une sexualité de contrainte dans laquelle le plaisir n'a pas sa place. Elle voit le mariage comme une « institution reproductive » et une « appropriation du corps des femmes dans un but reproductif » (Brochard, 2014, p. 95). Dans le mariage, le mari acquiert l'usage sexuel et reproductif, ainsi que l'usage de la force de travail de son épouse. Il existe une soumission collective des femmes et une soumission de chaque femme par le mariage car il est « l'institution qui semble garantir le maximum de probabilité de fécondité » (Tabet, 1998, p. 91).

Ces nouvelles technologies de reproduction ont introduit « un désordre dans l'ordre reproductif » en perturbant profondément le cadre normatif traditionnel de la reproduction. (Marie-Josèphe Dhavernas, 1989). Ce désordre reproductif a apporté une remise en question de l'ordre traditionnel de la fonction sociale de la femme, destinée à la vocation maternelle. Les féministes sont profondément divisées. Certaines défendent l'idée qu'il s'agit d'une intrusion dans le processus naturel. Il n'existe pas de « corps naturel » et le corps discipliné de la biomédecine. L'idée d'une nature première à retrouver est celle d'une essence féminine, plus proche de la nature. En ce sens, le discours féministe au sujet de la procréation rejoue l'essentialisation des femmes et ne parvient pas à porter une critique opérante de la domination masculine ni à déconstruire l'idéologie de « l'évidence de l'Homme en tant que représentant de l'humanité.

Par contre, d'autres féministes se sont fortement mobilisées pour contester les rapports de genre traditionnels imposant la maternité comme seul rôle social légitime des femmes. La reproduction médicalement assistée, soit l'ensemble des techniques médicales permettant la procréation hors de son processus naturel, a progressivement pris une place conséquente dans le champ de la régulation de la reproduction. Ces féministes se sont opposés au développement de ces nouvelles technologies.

Pour elles, les techniques de la procréation médicalement assistée renforcent la domination s'exerçant cette fois à travers le pouvoir médical et poussent encore un peu plus en avant les obligations sociales de maternité et de sexualité en se focalisant sur le corps féminin. En affirmant que les pratiques biomédicales consistent en une prise de pouvoir sur le corps des femmes, elles placent toute leur ardeur à démontrer l'effacement des femmes en tant que sujets et leur dangereuse transformation en machine reproductive. (Amy G. Mazur, 2002; Sally

Sheldon, 1990), (textes traduits par Systran⁴⁶). Ce courant féministe a considéré que le monopole de la maternité est mis en danger par les nouvelles technologies de reproduction surtout avec la création d'utérus artificiels. Ils soutiennent que les femmes sont plus proches des bienfaits de la nature que les hommes, qui, par leur comportement, tendent à les réduire à néant. Christine Maggioni (2006) montre que la médecine, par sa prise en charge, offre aux couples infertiles une forme de visibilité leur permettant de sortir du silence et de remédier au plus vite à ce qui est vécu comme un manque, un « handicap » (Maggioni, 2006, p. 99). Mais elle avance que cette médecine contribue, au fait, à faire du corps une mécanique, un objet, qui devient comme étranger à soi. La richesse et la sensibilité de son approche le destinent à celles et ceux qu'interpellent les thèmes de la maternité, du corps féminin et de son rapport avec la médecine.

2. Le corps féminin comme objet sexué

Il semble que la prise en charge de l'infertilité s'appuie sur deux spécialités médicales dédiées au corps féminin : la gynécologie et l'endocrinologie. La médicalisation de l'infertilité témoigne d'un processus d'intervention plus général sur le corps féminin comme objet sexué, c'est ce qui justifie la définition de ces deux spécialités. Elles sont des espaces focalisés sur la femme. « Sujet de la science, la femme est ainsi et aussi son objet, et le corps des femmes le lieu possible de toutes les interventions. Le développement des biotechnologies, et notamment des techniques de procréation médicalement assistée, pose l'évidence la question de l'utilisation du corps des femmes comme matériaux, source et ressource, mais aussi en dit long sur l'historicité des frontières biologiques, des « limites » des corps et de leur procréation » (Gardey et Löwy, 200, p. 11).

Oudshoorn (1994) a montré que cette médecine, appelée science « des hormones », est destinée aux femmes et est durablement polarisée sur le corps féminin en raison de l'accumulation des savoir-faire, des spécialités médicales, des compétences techniques et des ressources acquises dans le cadre de la gynécologie clinique et obstétricale (Oudshoorn, 2000). Elle reproduit l'assimilation entre la reproduction humaine et le corps féminin.

Pour reprendre les propos de nos interlocuteurs, Ali disait : « *Beaucoup d'hommes pensent que les centres de fertilité (de pma) sont comme des lieux réservés à la gynécologie, des espaces pour les femmes, à l'hôpital, service de pma se trouve à l'intérieur de la maternité, donc ça entend femme, et pourtant il y a un urologue... et même dans les cliniques privées, c'est la gynéco qui domine, ce n'est pas le territoire des hommes...encore si le gynécologue est une femme, c'est encore pire !* ».

⁴⁶ Le logiciel de traduction « Systram » nous a aidé à mieux traduire nos différentes lectures anglophones.

Cette médecine focalisée sur le corps féminin influence de fait une attitude médicale en général, qui se base sur l'étude des corps féminins, délaissant celle des corps masculins en matière de procréation. Le corps masculin serait vu comme la norme et ne nécessiterait pas d'être compris et étudié (Laqueur (1992). Cette spécialité s'est développée et même très sollicitée sans que son équivalent masculin, l'andrologie, ne connaisse le destin similaire. Il est important de souligner qu'elle reste une perle rare dans nos structures sanitaires publiques et privées. Aujourd'hui, l'andrologie est une sous-spécialité, exercée par un nombre très limité d'urologues.

Cette focalisation médicale sur le corps féminin a permis de refonder la différence des sexes, en inscrivant dans les différences anatomiques des qualités et des compétences sexuellement différenciées (Laqueur, 1992). Cette différence est susceptible dans le traitement des infertilités masculines, domaines où les possibilités techniques sont très réduites pour les hommes par rapport à celles qui concernent les femmes (Löwy, 2000).

Ainsi, il est important de souligner la complexité de la logique médicale. D'une part, les médecins gynécologues expriment un malaise face à l'infertilité masculine. Il est difficile pour eux d'intégrer plus les hommes dans les parcours d'assistance médicale à la procréation. Ils reprochent aux pouvoirs publics la non sensibilisation des hommes à adhérer.

D'autre part, analyser le cadre médical de la PMA peut permettre de comprendre les enjeux de genre qui traversent l'objet de la procréation médicalisée. L'importance du rôle des médecins et de l'institution médicale dans le domaine de la PMA est double. En premier temps, les discours et les pratiques des médecins définissent le champ du pensable en matière de traitement de l'infertilité, du fait de leur rôle de prescripteur mais aussi du fait de la légitimité scientifique accordée socialement à leur activité médicale (Freidson, 1984). En deuxième temps, le rôle des médecins auprès des couples peut être analysé comme un entrepreneur moral (Becker, 1985), dans la mesure où leurs discours et pratiques contribuent à promouvoir des normes et des représentations auprès des femmes comme corps reproductif. C'est aussi, le rôle socialisateur de l'institution médicale qui s'ajoute, où les femmes apprennent le langage et les codes médicaux.

En outre, nous avons observé que les interactions se focalisent fortement sur l'interaction entre médecin et patientes et n'intègrent pas le partenaire masculin durant tout le parcours. Les représentations et les discours des médecins jouent un rôle normatif de définition de l'acteur reproducteur légitime. Nous entendons souvent le discours du corps médical adressé aux hommes tels que: « *Oh oui, la prochaine fois, votre épouse pourra venir seule* » ou encore :

« tant que vous aviez fait votre bilan, c'est bon, vous pouvez aller au travail tranquillement, c'est votre femme qu'on a besoin de plus ». Il faut préciser votre terrain. A quel moment et où avez vous entendu cela ?

Le discours des médecins joue un rôle normatif en privilégiant le côté féminin comme acteur reproductif. Ceci dessine une répartition genrée des responsabilités et des compétences en matière de consultation. L'aide médicale à la procréation est loin d'être neutre. Elle reproduit les normes dominantes profondément sexuées au profit des hommes.

Dans la consultation, le médecin reçoit le couple et passe un interrogatoire pour comprendre l'histoire du couple. Le bilan de la femme et ce de l'homme sont analysés. La prise en charge débute par le bilan étiologique chez les deux conjoints. Vient alors le temps d'exploration. Le médecin consigne notamment l'âge de la femme, recherche des antécédents de troubles hormonaux, d'infections pelviennes, d'endométriose, d'interventions chirurgicales abdominales ou gynécologiques. Il recueille une anamnèse sexuelle.

Chez l'homme, il recherche également les antécédents de traumatisme testiculaire, de torsion ou de cryptorchidie. Ensuite il procède à différents examens complémentaires, dans le but de vérifier la fonction des organes reproducteurs et leur intégrité anatomique : l'échographie pelvienne, les dosages hormonaux l'hystérosalpingographie ensuite le spermogramme pour l'homme. Dans certaines situations, il est important de souligner qu'avant de demander une technique de la PMA, les femmes ont subis au préalable d'autres examens tels que la laparoscopie et l'hystérocopie, Par conséquent, le gynécologue va apporter une réponse médicale et technique à la demande du couple. Il va ensuite proposer au couple une prise en charge adaptée à son cas : des traitements médicaux, chirurgicaux avant d'entamer technique reproductive.

Les examens médicaux servant à établir le diagnostic et le traitement d'infertilité du couple sont par conséquent beaucoup plus centrés sur le corps de la femme. Autrement dit, il existe un décalage entre le protocole de l'homme qui consiste en la collecte de spermatozoïdes et celui de la femme. Dans la pratique de la PMA, les médecins jouent un rôle capital dans la mise en œuvre d'un critère biologique qui distingue féminin et masculin. « *Oui, c'est vrai ! On traite beaucoup plus la femme, c'est normal, c'est elle qui va porter l'enfant ...* ».

Il semble que les médecins effacent la stérilité masculine pour se retourner vers la femme. La stérilité, disait F. Héritier (1985) « Dans presque toutes les sociétés humaines, la stérilité est

avant tout la responsabilité des femmes. Qu'il en aille ainsi n'est pas étonnant, la gestation n'étant évidente que dans une période marquée concrètement par l'apparition et la disparition des règles, et parce que le processus biochimique de la fécondation est inconnu. Si l'impuissance mécanique est identifiable, il n'en est pas de même de la stérilité proprement masculine [...] Aussi n'est-il pas paradoxal de voir bien souvent attribuer à la femme à la fois la responsabilité de la stérilité et, dans la procréation, un simple rôle de gestatrice, selon des métaphores plus ou moins gracieuses : sac, besace, pirogue pour passer d'une rive à l'autre, pot ou marmite où s'opère une cuisson. (Héritier, 1985, p. 12).

Ce sont les femmes que l'on soigne pour les infertilités masculines. Selon Rouch (1991), les femmes, de par leurs particularités biologiques, paient de leur personne le « désir d'enfant du couple », au travers des interventions qu'elles subissent » (Hélène Rouch, 1991, p. 253). Selon Knibiehler (1987), pour lutter contre la stérilité, les médecins prennent les femmes comme cible (Knibiehler, 1987, p. 306). Il s'agit donc d'un traitement asymétrique de l'infertilité qui découle précisément de ce que la part de chaque sexe dans la procréation est pensée comme différente. C'est au corps féminin qu'est associée la reproduction dans un lien de nécessité construit comme naturel : les femmes « sont socialement désignées comme responsables de la procréation » (Rozée et Mazuy, 2012, p. 12).

Au fait, longtemps l'emprise du savoir médical a été sur le corps féminin. La pensée médicale a joué un rôle important dans la conceptualisation de la différence, en assignant les femmes à la nature (Fraisie, 1992), faisant du corps des femmes un objet d'observation et d'intervention médicale privilégié et en particulier sur le corps gestant et reproductif (Fraisie, 1992). L'andrologie n'existe pas véritablement comme discipline médicale (Nelly, Oudshoorn, 1994). Elle est une partie du programme qui vise à traiter l'infertilité du couple s'exerce sur les organes reproducteurs des femmes (Löwy, 2000).

Les femmes pensent se situent elles-mêmes la médecine reproductive dans l'espace du progrès, de l'avancement et du savoir. Elles ne remettant pas en question la « bonne volonté » des médecins ou leurs manières de procéder, mais sur le plan individuel et émotionnel, il est difficilement supportable. La majorité des femmes est habituée aux gestes techniques pour surveiller le cycle reproductif (comme les tests d'ovulation ou la prise de température quotidienne) les ayant préalablement contraints à intégrer une vision très mécanique de la reproduction occultant tout l'aspect individuel et social du couple. Écoutons Sakina :

« Les médecins, ne sont vraiment pas euh... je veux dire... c'est une gynécologue, et elle traite toutes sortes de problèmes reliés à l'appareil génital. Alors, ton désir d'enfant et ta détresse !!J'ai senti qu'il n'y avait pas de porte ouverte pour ça. Professionnellement, elle est probablement très bonne cette femme là, elle m'avait été recommandée. Mais en termes de chaleur humaine, y a rien, en aucun moment elle ne m'a dit : peut-être que tu devrais te faire aider... Eux, ils te cherchent comme une pathologie, ils te cherchent un problème, c'est ça leur job. Alors, tout le côté émotif de la chose n'existe vraiment pas ...ces pauvres médecins négligent complètement la personne en tant que personne, en tant qu'humain... ils relativisent et banalisent beaucoup les choses : des problèmes lourds, ils en voient à répétition, donc ton petit problème d'infertilité et encore non expliqué, ce n'est pas grave pour eux. Ce n'est pas un vrai problème. En réalité, ils ne sont pas capables de te donner une raison... ». Sakina, 38 ans, enseignante en psychologie.

Notre répondante montre bien le raisonnement médical qui débouche sur un diagnostic et une décision thérapeutique. Les médecins se montrent distants avec les patientes. Ils se focalisent sur leur compétence technique, utilisant un vocabulaire médical, rechignant à donner des explications aux patients, décourageant souvent les questions des patientes les plus inquiètes. Sakina reproche à son gynécologue le manque « d'empathie » et de sensibilité vis-à-vis de la détresse engendrée par l'infertilité. Elle endosse l'idée que le rôle du médecin se limite au traitement des corps dans sa stricte dimension physiologique. Le médecin tient peu compte de ses difficultés émotives et psychologiques. Beaucoup de couples pensent que les médecins prennent de distance avec eux et continuent à leur donner un discours teinté d'espoir.

Cette illustration rejoint les propos de David Le Breton (2005) lorsqu'il incite à considérer le malade et sa maladie au sein d'un même ensemble. Il dénonce le fait que la médecine moderne et occidentale étudie la maladie comme un objet autonome et indépendamment du malade. Le médecin se limite alors à employer une approche purement instrumentale, et la maladie est par conséquent totalement déshumanisée.

Dans ses travaux sur l'anthropologie du corps, Le Breton (2005, 1990) critique la médecine moderne dans sa mise en avant la vision instrumentale et mécaniste du corps : « Dans l'élaboration graduelle de son savoir et de son savoir-faire, la médecine a négligé le sujet et son histoire, son milieu, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens de la maladie, pour ne considérer que le « mécanisme corporel ». Ce n'est pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique » (Le Breton, 2005, p. 187). Selon l'auteur, avec les nouvelles

technologies de la procréation qui concernent la vie et la mort, on oublie que l'être humain est un être de relations et de symboles et qu'il s'inscrit dans une trajectoire sociale et individuelle.

Les médecins ont une vision technique du corps des femmes. Les explications physiologiques finissent nécessairement par pénétrer le langage courant au regard de l'infertilité. Certains couples s'approprient ce langage et s'y réfèrent à leur tour pour expliquer leur infertilité et pour prendre des décisions sur les démarches médicales à entreprendre.

L'injonction médicale faite sur la femme en faveur de la médicalisation de la procréation, ne fait que croître et renforcer la normalisation de la reproduction humaine. Le pouvoir biopolitique dont parle Foucault (1976), trouve ici une certaine application : « les phénomènes propres à la vie de l'espèce humaine » sont en effet entrés de façon massive « dans l'ordre du savoir et du pouvoir, dans le champ des techniques » (Michel, Foucault 1976, p. 186). Le pouvoir et la puissance de la médecine se trouvent renforcés par les technologies de la procréation. Le concept de « biopolitique⁴⁷ » est bien, depuis Foucault (1976) ce qui permet de rendre compte des formes d'exercice d'un pouvoir qui porte non plus sur les « territoires » mais sur la « vie ». « La biopolitique est un terme qui rend compte de l'ancrage des technologies libérales de gouvernement dans les propriétés biologiques des sujets » (Bossy Thibault et Briatte François, 2011, p. 8). En effet, Michel Foucault n'envisageait pas la sexualité du point de vue des rapports de genre. Mais sa perspective est riche et pertinente pour montrer comment des techniques strictement politiques se sont traduites en technologies médicales à travers une pédagogie de l'accouchement, par exemple, où les hommes ont largement dépossédé les femmes de leurs prérogatives initiales.

3. Les performances des corps féminin/masculin et l'effacement de la femme.

Il ressort de notre investigation dans les centres d'AMP, que le langage des gynécologues et biologistes porte souvent sur la stimulation ovarienne, de bonne ou mauvaise réaction au traitement hormonal, de nombre de follicules dont la croissance est surveillée par échographie et la performance des spermatozoïdes. Dans le discours médical, les médecins contrôlent les corps en tout ce qui est ovaires, utérus ovocytes. « Les femmes disparaissent devant les traitements de stimulation, les cycles, les grossesses. (Rouch, 1991, p : 252). La femme disparaît au profit des parties, des fonctions ou des produits de son corps. Son corps devient un objet « qu'on manipule,

⁴⁷ Le corps se trouve alors au centre de l'analyse car il est placé au centre de l'intervention et des modalités de définition de la subjectivité et du pouvoir. Le concept de « biopolitique » se conçoit chez Foucault (1994) en lien direct et étroit avec le principe de gouvernementalité. La définition qu'il donne de la biopolitique s'appuie sur sa conception du pouvoir.

qu'on façonne » (Foucault, 1975, p : 160) afin de perpétuer une performance de genre dans « une composition optimale des attitudes » (p. 225).

Les illustrations des femmes montrent qu'elles sont soumises au pouvoir médical surtout biologique qui renvoie l'infertilité à un corps physique dysfonctionnel. La procréation assistée établit un lien entre nature, biologie et identité de genre. Le corps des femmes devient un champ d'action technologique qui se déroule dans le corps des femmes. Ce corps devient transparent, exposé et perd sa dimension intime. Il est investigué, manipulé, transformé afin que la science puisse aider ces personnes à réaliser leur rêve. De ce fait, l'acte de la fécondation devient évalué et analysé. Il se fait au laboratoire et en dehors du corps. Cependant, le traitement de l'infertilité, les manipulations sur les corps des hommes sont minimes par rapport aux manipulations faites sur les corps féminins.

Face à cet effacement des corps féminins, l'enfant issu par FIV « le bébé éprouvette » renvoie à l'image du bébé qui se développe indépendamment du corps de la femme (Bateman et Salem, 1999). Les nouvelles techniques de reproduction ont modifié les liens de la femme enceinte et de l'embryon. Elles amènent l'idée d'une individualisation de l'embryon, qui deviendrait une « entité différenciée, déconnectée du corps de la femme » (Akrich et Laborie, 1999).

En revanche, les corps des hommes sont bien moins contrôlés par leur système reproductif. Toujours, les premières consultations sont marquées par la présence de la femme et de son conjoint. Mais au cours du traitement, c'est la présence des femmes qui devient fréquente et visible. L'institution devient un espace féminin par excellence, mis à part certains gynécologues hommes. Au fait, si nos interlocutrices se sont engagées pleinement dans le parcours d'AMP, nos interlocuteurs prennent de distance, leur tâche est limitée. Certains hommes déclarent de ne pas être totalement impliqué dans le traitement principalement porté sur la femme. Ils regrettent sa présence pendant le recours vu comme pénible et douloureux. « *Franchement, je n'étais pas impliqué fortement dans les démarches de la fécondation in vitro, il m'a semblé que ce n'est pas nécessaire, sauf si le médecin exige ma présence, mais nous partageons ensemble les déceptions en cas d'échec* ».

L'infertilité est aussi vécue à sens unique puisque le corps de la femme demeure le principal lieu d'investigation médicale, et ce même lorsque les causes d'infertilité sont inconnues ou qu'elles sont attribuables à l'homme. Ce sont les femmes qui endossent la responsabilité des traitements. Nous avons constaté que les hommes se voient gênés à s'introduire dans cet espace. Ils acceptent mal l'examen clinique des hommes. En revanche, ils se

questionnent sur l'éthique médicale qui privilégie la fécondité d'un couple sur la santé d'une femme. L'AMP implique une médicalisation intensive sur une personne saine pour traiter la défaillance physiologique d'une autre personne. Selon Löwy et Marry (2007) : « La solution fût de créer un patient bicéphale « le couple infertile » puis de traiter la partie femelle de ce patient composite pour la défaillance du facteur masculin » (Löwy et Marry, 2007 p. 305).

Le traitement de la Fécondation In Vitro est très contraignant pour la femme. Elles sont sujettes à des douleurs liées aux injections quotidiennes, il y a des rendez-vous fréquents chez le médecin, des prises de sang, des échographies. La femme est davantage confrontée à l'équipe médicale. Les investigations sur le corps féminin restent toujours très fortes que sur le corps masculin. En effet, certaines femmes incorporent elles aussi la logique médicale qui s'appuie sur la performance corporelle. En comparant les deux échographies, la production des ovocytes au nombre et à la taille demandée fait l'objet d'une forte inquiétude. Radhia disait :

« Dans la première échographie, mon corps réagit moins au traitement de stimulation. Le médecin regardé sur son écran en me disant : tu vois tes follicules n'ont pas atteints le nombre et la taille voulues, tu as une seule follicule et de tailles très réduite 13 mm, on va augmenter le dosage du traitement... par contre, cette fois-ci, il m'a dit que c'est très bien, que mon corps a produit plusieurs follicules et sont à 18 mm, Mieux en avoir plus, que d'avoir moins, ah oui, toute l'équipe est contente, et moi je suis moins inquiète ».

L'institution d'AMP produit plus profondément des rapports de domination à l'égard des femmes. Certaines femmes reprennent le langage médical. Souvent elles s'interrogent sur le nombre de follicules et sur leur maturation et beaucoup plus sur son développement avant d'être prêts. L'implication de la femme est de l'ordre de l'adaptation à la logique du médecin. Écoutons une assistante biologiste qui sort du laboratoire et s'oriente vers à un mini-groupe de patientes : L'Assistante biologiste : *Alors où êtes vous avec le traitement ?* (avec un sourire)

La patiente : *Jusque là ça marche bien, mes follicules ont bien répondu ; ils sont à 18cmm.*
Assistante : *« Ah, vous avez bien appris, nous pouvons compter sur vous » c'est bien de savoir que vous parliez des tailles de follicules... ».* (La patiente paraît très contente du résultat du médicament).

En PMA, la femme est définie par ses capacités reproductives mais cela reste discriminant entre l'homme et la femme. L'assistance médicale à la procréation contribue à la construction des rapports de domination et la hiérarchisation des sexes. Elle repose sur les connaissances anatomiques et biologiques qui permettent « d'objectiver » les fonctions

reproductives du corps pour les maîtriser. Le corps de la femme est couramment stimulé par des hormones, monitoré par les contrôles échographiques afin de produire un bon nombre d'ovocytes. D'ailleurs, la logique médicale se prétend contourner l'infertilité en assurant la rencontre des gamètes nécessaire à la reproduction. La démarche biomédicale comme disait Hélène Rouch : consiste dans la reproduction d'une partie de la procréation, il faut isoler les gamètes, provoquer leur rencontres ensuite placer l'embryon dans l'utérus, procéder autrement en arrivant au même résultat mais sans produire le même processus naturel, c'est le mimétisme auquel les patients et professionnels sont engagés. Pour reprendre les propos de Rouch : « La médecine considère le corps des masculins et féminins comme producteur des gamètes, hormonalement contrôlés, substance séminale, le regard de la biomédecine sur le corps désincarné et coupé de leur histoire.

En faisant de la procréation une affaire de cellule, la reproduction humaine est ramenée au cellulaire, comme un « rabaissement de la vie sexuelle du couple (Rouch). Les médecins et biologistes ont d'autres intentions d'avouer que de corriger de certains ratés de la fonction reproductive. Mais rien à affirmer que la reproduction de l'espèce humaine peut se limiter en cellulaire : un ovule et un spermatozoïde suffit » (Rouch, 2011, p. 63). En effet, interrogeant Radia sur son rapport avec l'équipe médicale, elle nous rapporte que c'est son corps qui est mis en avant : «...*Ce qui leur intéresse, c'est nos corps, nos parties organiques, Ils sont en contact qu'avec nos cellules, ils doivent les traiter, voir les anomalies et les corriger...ils ont affaire qu'avec nos gamètes, ils voient que ces parties là, le reste ce n'est pas leur affaire,*».

Cet extrait montre bien que le couple et son histoire sont complètement occulté et effacé. Cette pratique médicale n'est pas une simple affaire de technique ou de laboratoire. Mais c'est une pratique qui met en jeu l'histoire de couples, son vécu subjectif et ses relations avec l'Autre. Dans son ouvrage intitulé : Les corps, ces objets encombrants, contribution à la critique féministe des sciences, Rouch (2004) démontre que cette biomédecine s'intéresse essentiellement aux gamètes au moyen de les ponctionner ou de les recueillir à la création d'un environnement favorable à la rencontre et fabriquer un maximum d'embryon viable et potentiellement transférable. La fécondation *in vitro* comme «le moment précis où s'opère une transformation, celle des cellules vivantes, non encore abouties à la vie humaine, pour les mettre en condition de donner naissance à la vie humaine » (Droz Mendelzweig, 2004, p. 41). La prouesse technique contourne les tabous organisés qui structurent le monde humain depuis les interdits intérieurs. « La procréation se réduit à une fécondation menée à bien. Cela soulage sans doute, mais ces enjeux fondent l'humain » (Le Breton, 1999, p. 32).

En effet, les substances féminines (ovocytes) sont donc stimulées après avoir été prélevées chirurgicalement, ensuite fécondées. Les spermatozoïdes sont examinés s'ils sont de qualité et de quantité plus ou moins bonne. A l'issue de ces opérations, ces substances sont devenues des matériaux de reproduction biologique, hors-corps, en quantité et de taille plus ou moins suffisante. Rouch explique : « Pour les obtenir, on a suspendu ce qu'un endocrinologue avait qualifié de « fonctionnement anarchique de la mécanique ovulatoire » Donc c'est plus d'anarchie de la physiologie féminine : la FIV organise une symétrie totale entre les sexes, mettant en équivalence les femmes et les hommes devant cette expérience de la procréation, jusqu'ici radicalement différente » (Gavarini, 2002, p. 06)

4. La PMA : Une pratique féminine

Nous avons noté ci-dessus que toute l'intervention médicale vise la femme plus que l'homme même si la première phase exploratoire semble connaître un certain équilibre entre homme et femme. Il n'en est pas de même au cours du déroulement du traitement, pour lequel l'homme et la femme vont être sollicités différemment. Le corps féminin est au cœur du processus médical qui attire l'attention des médecins, au détriment des corps masculins, protégés ou oubliés.

Les interventions chirurgicales sont très fréquentes pour les femmes plus que les hommes. Gavarini (1986) énonce toutes les opérations faites sur le corps des femmes dans les parcours d'assistance médicale à la procréation : stimulation ovarienne hormonale, ponction ovocytaire, insémination artificielle, transplantation d'embryon, injections hormonales massives, prélèvements répétés pour dosages hormonaux, échographies, amniocentèse, etc. Des accidents d'hyperstimulation peuvent arriver et entraîner des risques vitaux immédiats, des lésions ovariennes ou des lésions tubaires et les traitements médicaux peuvent avoir des impacts néfastes sur la fécondité (Laborie, 1990). La fécondation *in vitro* semble être une technique qui accroît les risques de grossesses extra-utérines, d'avortements spontanés et de grossesses multiples, lesquelles présentent des risques importants de prématurité et de handicaps potentiels pour les enfants (Athéa, 1990, p. 54). Durant le parcours d'AMP, les patientes parlent souvent de douleurs abdominales, de maux de tête, de grandes fatigues, et, surtout avec l'usage des antagonistes, de sensation de dépression.

Rarement le corps reproducteur intègre sa composante masculine. Le corps masculin fait l'objet d'investigations de la pratique d'ICSI. Mais cette intégration n'est pas pratiquement réaménagée. Selon nos enquêtées, elle est source de conflit entre l'homme et la femme. Écoutons

Mme H : *« l'année passée, mon mari devrait faire une icsi parce qu'il avait un problème des veines au niveau des testicules⁴⁸ ...dès qu'il a su qu'il s'agit s'une petite chirurgie testiculaire, il avait peur, il refusait de la faire, il m'a demandé de revoir le médecin et de me proposer une autre fécondation sans que lui passera par une chirurgie...si non, on abandonnera toutes les démarches, vous voyez l'égoïsme de l'homme ? Et pourtant !!...».*

Le traitement de l'infertilité se médicalise grâce aux techniques reproductives de plus en plus performantes mais aussi en raison d'une impatience grandissante de couples en demande d'aide médicale et qui veulent un enfant au plus vite. La responsabilité de la stérilité est dans nos sociétés historiquement plutôt attribuée aux femmes (Knibiehler, 1991). Les femmes rapportent que non seulement les traitements et les protocoles médicaux sont plus ou moins longs, contraignants et douloureux, mais aussi le corps des femmes est le principal acteur dans les expériences des couples dont il nous semble important d'en parler.

Nous avons écouté ces femmes au début du traitement de PMA dont la majorité s'interrogent sur les effets d'une telle démarche tant sur le plan physique que sur le plan psychologique et social. Les questions sont plus lourdes de sens quand leur sont proposées la fécondation in vitro ou à l'Intra Cytoplasmic Sperm Injection (l'ICSI). La femme doit montrer son corps, l'exposer parfois devant différents médecins. Le fait de montrer son corps, est une question qui n'est pas aisée pour toutes les femmes car à travers la prise du traitement hormonal (ou l'injection d'hormones), beaucoup de femmes sentent leur corps agressé. *C'est l'intrusion d'un corps externe dans leur corps de femme.* Ce corps est vécu comme dévoilé dans chaque consultation et chaque contrôle gynécologique.

A force de traitements hormonaux, de contrôles médicaux, de réactions physiologiques (abdomen gonflé, prise de poids, maux de ventre), la femme vit parfois son corps comme instrumentalisé et dissocié. Il devient un objet médical et l'enjeu majeur des traitements suivis d'une attente anxieuse de réussite. L'espoir est souvent déçu et qui renvoie la femme à un échec sur le plan de son image corporelle et de ses performances et capacités.

« Je fais tout mon possible même parfois je fais tout pour avoir un bon moral pour que ça marche, mais c'est mon corps qui doit réagir aux traitements. J'ai le

⁴⁸ La femme voulait dire la *varicocèle* testiculaire. C'est une dilatation variqueuse (varices) des veines situées au niveau du cordon spermatique, lui-même localisé au niveau de chaque bourse

sentiment que je n'ai aucun contrôle sur mon corps, ce qui me rend d'autant plus impuissante ».

Les questions liées au corps et à la santé occupent une place centrale chez les femmes. Le corps de la femme se retrouve transformé en expérience à vérifier au laboratoire. Elle est reliée à un processus de médicalisation qui conduit à beaucoup de questions d'être intégrées dans l'autorité médicale (M. Foucault, 2001).

Bien que l'assistance médicale à la procréation assistée soit présentée comme un processus impliquant une relation symétrique entre deux membres du couple, la fécondation *in vitro* dans les faits, ne reflète pas la même volonté de maintenir la symétrie entre les deux conjoints. Le recueil des ovocytes nécessite une stimulation hormonale prolongée, puis leur prélèvement chirurgical (par laparoscopie), procédures contraignantes, pénibles, et non sans risques. Cette stimulation constitue un dispositif technique qui joue sur le corps féminin et le maintient au sein des codes normatifs de la féminité. Le corps se voit ainsi « discipliné » pour utiliser le terme de Michel Foucault.

Par contre le recueil des spermatozoïdes « n'est qu'un euphémisme pour la masturbation ». Selon le discours des médecins, l'épreuve physique et psychologique réside plutôt chez les femmes car elles subissent une forte dose de traitements hormonaux. Ils argumentent que toute la procédure médicale se passe dans le corps de la femme. Selon ces spécialistes, les hommes s'expriment difficilement sur les questions liées à leur fertilité et à leur sexualité. En effet, nos observations montrent que, dans les parcours de FIV, les hommes considèrent que leur rôle se limite principalement à un rôle matériel, souvent responsables des frais médicaux. D'ailleurs, le domaine du périnatal est perçu comme un domaine fondamentalement féminin dans lequel les hommes ont peu à faire ou à offrir à leurs épouses. Les femmes et les hommes interviewés reconnaissent le rôle actif et exigent de la femme pendant le traitement de fertilité, tandis que le rôle de l'homme est perçu comme moins actif. Il est secondaire.

Les couples interrogés sont d'accord pour souligner que c'est toujours la femme qui a amorcé la consultation médicale et s'est inscrite pour le traitement. Les hommes décrivent leur participation dans le traitement comme celui « du témoin passif », dont la tâche principale est de soutenir la femme. Par peur d'abandonner le processus, les femmes adoptent souvent une attitude protectrice vers leurs maris pour les préparer aux examens de fertilité stressants et douloureux. Quelques femmes retiennent leurs émotions afin de ne pas mettre en danger leur relation et

assurer la coopération de l'homme pendant le traitement. La décision de suivre le traitement d'AMP est perçue par des femmes et des hommes de façon différente. Les femmes s'impliquent fortement. Pour elles, c'est une tentative d'accomplir le rôle d'une femme et de reprendre le contrôle de la situation et leur vie.

Quant aux hommes, ils se sentent guère concernés par le traitement mais ils attendent un résultat. D'ailleurs, ils sont en difficulté à l'égard de ce traitement que subissent leurs femmes alors que c'est eux qui sont infertiles. Leur rôle dans la fécondation *in vitro* semble se réduire au recueil du sperme. Il est difficile, pour eux, de relier comment leurs femmes prennent le traitement alors que c'est eux qui présentent un problème d'infertilité. La conception de ces rôles, masculin et féminin, différent d'un couple à l'autre à croire qu'il est impossible qu'un homme soit stérile, rendant la femme responsable du non fécondité du couple. Dans certaines situations, le médecin soigne l'infertilité de l'homme en faisant subir des traitements à la femme, pourtant féconde. Cette idée de genre de l'infertilité est « paradoxalement accentuée dans les cas d'infertilité masculine. Tous les traitements de stimulation hormonale s'appliquent sur la femme. Et quant les traitements ne donnent pas de bon résultats, la femme se culpabilise car elle se sente responsable de l'infertilité vécue comme infertilité féminine (Mathieu, 2013, p. 45).

Ces traitements sont lourds, pénibles et comportent des risques pour la femme et pour l'enfant, dont certains ne sont pas encore bien connus. Ce sont les hommes qui s'interrogent sur la faisabilité du traitement de l'infertilité masculine en passant par le corps de la femme. C'est une autre façon de traiter la femme pour une défaillance masculine. Selon les médecins, c'est dans le but d'avoir un l'enfant et à faire une famille, pour un homme qui a des problèmes d'infertilité, le médecin doit passer par la manipulation hormonale et chirurgicale du corps de sa femme : « *On ne pourrait pas faire autrement* ». Cela confirme que cette pratique n'est qu'une pratique médicale genrées (Löwy, Rozée et Tain, 2014).

Les femmes témoignent que la vie du couple est profondément modifiée, bouleversée par ce parcours difficile. L'homme semble avoir été laissé de côté, tant comme partenaire du couple que comme étant à l'origine de l'infertilité. L'homme peut se vivre comme mis en retrait du traitement. Toutes ces manipulations techniques se déroulent sur le corps des femmes. L'homme se sent mortifié, méprisé dans son intimité ou s'en veut de ne pas ressentir le désespoir de son épouse.

« *Je ne suis pas toujours présent à la clinique. Souvent ma femme vient seule..., j'ai accompagné ma femme seulement dans les deux premières consultations, c'est normal, je fais des bilans, sinon, [sourire], en assistant à l'entretien clinique, c'est ma femme qui prend le monopole, même, face aux questions du médecin ou à ses prescriptions du traitement, je constate qu'il s'adresse bien à ma femme, et elle aussi éprouve le besoin de parler, moi je regarde, j'écoute...certes le problème concerne nous, moi et ma femme, mais dans la clinique c'est la femme est en premier plan, l'homme est en second... ».* (Ghawti, 48 ans, cadre administratif).

Le traitement de l'information relative à la fertilité des hommes est moins visible, moins systématique. Il renvoie souvent à la notion de « qualité » à travers la question de la baisse de la qualité du sperme. L'homme se retrouve contraint d'adhérer à un processus sur lequel il n'a pas beaucoup de moyens d'action. Il se vit dans une position passive. Les hommes que nous avons interrogés, nous racontent qu'ils se sont sentis peu à leur place lorsqu'ils ont dû subir une biopsie testiculaire dans un autre centre de fertilité.

Pour l'homme et pour la femme, s'installe en une tension extrême entre le masculin et le féminin, qui brouille le repérage entre les sexes dans le processus même de la procréation. (Ameida, Müller Nix, Germond, Ansermet, 2002). En revanche, souvent l'intervention masculine se limite au dépôt de semence même si leur présence est requise. L'homme est sollicité généralement pour le recueil du sperme. La situation d'autant plus angoissante que l'ovule attend en quelque sorte puisqu'il est prélevé au même moment et que sa production a nécessité un parcours éprouvant pour son épouse. Cette situation le met sous la gêne. Celle-ci résulte donc de cette nécessaire réintroduction de la sexualité dans la « reproduction scientifiquement contrôlée ».

4. Le recueil de sperme entre examen médical et objet symbolique

Il nous semble intéressant de savoir que le recueil de sperme est pensé entre la biologie et l'anthropologie. Les significations de l'homme attribuées au sperme sont à la fois culturelles et subjectives en tant que liquide biologique mais également fondé sur la pratique de la masturbation masculine en milieu médical ou en laboratoire biologique.

L'homme se trouve confronté à un fluide corporel et une pratique chargée de signification symbolique qui ne sont pas réductibles simplement à des significations attribuées à cette substance dans un cadre biomédicale. Le sperme est considéré comme une nourriture qui renforce la survie du fœtus ou les os du fœtus selon les sociétés africaines (Héritier, 1984 ; Héritier-Augé, 1985).

Il est aussi représenté comme élément symbolique dans la transmission de l'identité culturelle ou l'identité du genre chez les Barya au Nouvelle-Guinée (Godelier, 2005) ou la transmission de la maladie et de la mort et la transgression de l'ordre sexuel dans les cas du VIH sida (Giarni, 1994).

Selon nos interlocuteurs, l'homme se retrouve confronté à l'imaginaire social qui voit que le sperme véhicule le symbole du pouvoir masculin dans l'accomplissement de la sexualité du couple et dans la réalisation de la procréation. C'est pourquoi un homme « stérile » peut se sentir menacé dans sa puissance sexuelle» (Michela, Marzano, 2015, p. 37). Et les salles du prélèvement deviennent des « lieux d'évitement » (Lefevre, 2016, p. 26).

Le moyen le plus évident de récupérer les spermatozoïdes sera donc par la masturbation. Les spermatozoïdes sont mis au comptage et catégorisation mais aucun traitement n'est proposé à l'homme pour améliorer leur spermatogenèse qui est souvent présenté pour le corps médical mystérieux ou faiblement hors du contrôle du médecin.

Cependant, en interrogeant l'urologue du service de PMA en milieu hospitalier public, ce médecin déclare qu'il prescrit sur une ordonnance des traitements naturels au profit des hommes qui consultent pour infertilité. Ces traitements n'ont aucun effet indésirable sur le corps masculin. *« Je leur donne des fortifiants à base de plante pour améliorer la qualité de leur sperme et avoir une chance pour concevoir bébé, c'est généralement le miel, Mais d'abord il faut qu'ils commencent par une bonne hygiène de vie, d'arrêter le tabac etc... de toute manière, ce traitement..., un mélange d'aliment les amandes, les noix, le miel, graines de nigelle, huile d'olive...) alors si ces fortifiants ne sont pas efficaces, ils ne feront aucun mal, pas d'effet négatif sur son utilisateur... ».*

Comme nous l'avons noté, le spermogramme et le recueil du sperme se font par masturbation. C'est un examen qui consiste en une analyse biologique de la qualité du sperme et en l'évaluation de la quantité et de la qualité des spermatozoïdes en mesure de féconder l'ovule de l'épouse. Le mode de recueil n'a aucune forme d'hospitalisation. Les hommes se retrouvent dans une pièce pour réaliser le prélèvement du sperme au moment où les femmes sont au bloc opératoire pour ponction.

Dans ce contexte, Giarni (2011) montre que « Les procédures biomédicales qui permettent les procréations médicalement assistées (PMA) sont en grande partie fondées sur le recours à la masturbation masculine qui doit être pratiquée dans des locaux médicaux ou hospitaliers (Giarni, 2016, p. 41). Marion Droz Mendelzweig (2004) analyse dans son étude ethnographique la manière dont le sexe est délibérément éclipsé du laboratoire de procréation médicalement

assistée, et ce pour garantir de la scientificité de cette intrusion dans la reproduction : « La dissociation science et sexe doit être totale pour être efficiente ».

La gêne résulte donc de cette nécessaire réintroduction de la sexualité dans la « reproduction scientifiquement contrôlée ». (Marion Droz Mendelzweig, 2004, p. 26). Dans les différents espaces de notre enquête, le couple est accueilli par la secrétaire médicale qui, après avoir réglé le paiement de la prise en charge, le conduit dans une salle où va se dérouler le recueil de sperme.

L'homme après avoir accompli son geste, il dirige vers la biologiste, et sous le regard des patientes et du personnel, en prenant le récipient du sperme à la main, son visage est devenu rouge à force de la honte. La gêne suscitée par la masturbation n'est pas à éviter. En effet, Fortier montre tout l'intérêt du comportement de personnes aux convictions religieuses dans ce type de situation. Le corps médical préfère l'expression « prélèvement de sperme » que la masturbation qui, la perspective religieuse rappelle que ces actes ne sont pas exempts d'une dimension sexuelle (Fortier, 2013). Cette mise en scène du recueil de sperme et de la masturbation bien qu'elle est paradoxale, elle a pour effet de dévaloriser un geste qui continue à avoir des significations associées à l'intimité, à la pudeur et à la sexualité, et qui semble incompatible avec l'espace qui est proposé pour sa réalisation (A. Giami, 2011, p. 45).

L'intimité n'est pas préservée ou protégée. Cette pratique suscite un malaise paradoxal pour Radhia et son mari mais aussi pour le corps médical. Il semble que la masturbation est contradictoire avec la procréation et la fécondité. Alain Giami rappelle que le recueil de sperme par définition renvoie à deux registres différents : d'une part, le registre médical et, d'autre part, le registre sexuel renvoyant à la masturbation. Radhia et son mari, comme tous nos interlocuteurs, arrivent difficilement à s'adapter à cette situation dans laquelle ils sont fortement investis. L'homme se trouve ébranlé dans sa certitude de sa fertilité. Avant même que le prélèvement ne soit pratiqué ou même les résultats ne soient connus, son prescription met les hommes en doute sur leur fertilité. Car les premières interrogations qui surgissent, portent souvent sur la femme.

Nous avons constaté certains hommes abandonnent le processus, dont certains n'étaient pas informé au départ de cet acte. Dans l'ensemble, cette situation est désagréable pour l'homme et il peut sentir du dégoût. Selon Mohamed, c'est toujours sa femme qui insiste de recourir à la PMA, par contre lui refuse de recourir au spermogramme échappant à cet acte de masturbation. Il disait : « *c'était 8h du matin, nous arrivons à ce centre d'insémination, sachant que la première fois ma femme est venue toute seule, je l'ai juste déposé et aller régler quelques*

affaires au centre ville, donc en sortant du bureau du médecin, on s'est adressé à la secrétaire, bon elle m'a dit, tenez monsieur, (c'était un petit pot en plastic transparent et le bouchon rouge), vous allez passer dans la salle en l'indiquant avec sa main, on va prendre votre truc(sperme) ... alors je suis passé dans la salle et là j'ai compris qu'il faut faire (hadik) c'est-à-dire la masturbation, un bon moment j'étais bloqué, je n'ai pas su comment s'y prendre, parce qu'il fallait un minimum d'excitation, de fantasme et donc je suis sorti, je n'étais pas prêt à le faire, car dans ma tête c'est harem, sinon c'est être malade quoi !!!...c'est tout contrairement à ce qu'on peut imaginer une relation sexuelle, et puis ce n'est pas comme ça qu'on fait les bébés j'ai toujours imaginé une sexualité au lit ».

Donc pour l'homme, c'est une expérience désagréable en éprouvant des difficultés à pratiquer ce geste dans un espace hors chez soi. L'homme vit mal le fait de devoir se masturber dans une salle vue comme publique. « *J'avais l'impression que je développais le fantasme d'avoir à se masturber devant tout le monde* ». Il s'agit d'un contexte inapproprié dans lequel le couple a l'impression de ne pas bénéficier de l'intimité nécessaire. En plus, la procédure du prélèvement du sperme donne lieu à une interprétation religieuse. La religion musulmane interdite la masturbation. Celle-ci est considérée comme une pratique sexuelle non reproductive, associée au plaisir solitaire et par conséquent elle est socialement stigmatisante. Ceci réside également dans l'histoire de la culture occidentale. Cette pratique a été stigmatisée et considérée pendant longtemps comme une maladie en soi, comme la source de toute une série de maladies mentales et somatiques (Foucault, 1976 ; Laqueur, 2003; Szasz, 1976).

Cependant, le discours du religieux montre qu'il est possible avoir recours à une autre méthode : ce pourrait être l'épouse qui masturberait son mari. Si cela n'est pas possible, à cause de la configuration des lieux, le recours au prélèvement directement des testicules sera effectué par le médecin. Mais si tous ces cas ne sont pas possibles, l'homme lui-même pourra exceptionnellement recours à la masturbation, puisque cela est alors fait par nécessité « *El hâja* » ou « *El daroura* ». C'est pareil pour la nudité du corps. Le droit musulman permet également de dévoiler la partie strictement nécessaire pour une cause nécessaire, comme lors d'une opération chirurgicale nécessaire pour la santé du patient. Par conséquent, le désir d'avoir un enfant est très fort constitue une cause de nécessité, la femme et l'homme peuvent pour cette cause « *El daroura* », déroger à la règle.

Dans une démarche de la PMA, le recueil de sperme est un passage obligé pour l'homme. Il consiste en un acte prescrit par un médecin en vue de la réalisation d'un spermogramme pour

formuler un diagnostic d'une influence importante sur le déroulement ultérieur du protocole d'AMP.

Pour l'homme, il est difficile de croire qu'elle n'est pas choisie mais imposée et se déroule dans un lieu non privé. Les sentiments liés à la pratique de la masturbation viennent s'associer à un sentiment d'impuissance. D'ailleurs, le déni de l'infertilité masculine est omniprésent et associée à l'impuissance. Tout ce qui tend à associer le médical et le sexuel est aussi une source de malaise. A. Giami (2011) disait : La médicalisation du recueil de sperme qui aurait pu permettre à la biomédecine de dés-érotiser l'activité sexuelle et la masturbation dans le but de l'accomplissement d'une procréation par voie non sexuelle s'avère difficile (Alain, Giami, 2011, p. 47).

L'institution médicale de PMA, à travers ses laboratoires devient une voie de médicalisation (Pierre, Aïach, 1998, p. 10) qui se substitue et s'immisce dans l'intimité du couple. L'infertilité met la femme dans une position dégradée. L'expérience des femmes ne paraît pas homogène à cet égard. Pour la majorité d'entre elles, le traitement de la fécondation *in vitro* est une véritable épreuve difficile à vivre. En espérant d'avoir un enfant, elles se sont prêtées aux expérimentations de ces techniques sans avoir une garantie sur les effets pervers sur leur santé. Le prix à payer pas seulement du point de vue financier mais aussi corporel reste lourd et l'arrivée d'un enfant n'est pas encore sûr.

Bien que l'homme soit relativement à l'écart de tout le processus, notre enquête a pu montrer aussi la position de l'homme dans ce parcours de PMA n'est pas réductible à l'absence car son corps est aussi mis à l'épreuve. Nous avons vu dans notre travail précédent que le recueil ou le prélèvement du sperme chez l'homme est vécu difficilement (Benabed, 2010). L'homme est gêné. Le même résultat est retrouvé chez la majorité de nos répondants. Le sperme est réalisé dans un contenant donné par l'équipe du centre, sur lequel les informations identifiantes son porteur sont indiquées. Ensuite il sera remis immédiatement à l'équipe médicale. Certains n'arrivent pas à le faire au centre de PMA et préfèrent le réaliser soit chez eux ou dans un bain-douche (hammam) tout près du centre à condition de respecter le temps de survie du sperme durant 30 minutes.

Cependant l'équipe médicale refuse cette manière de faire. Elle exige le recueil au centre. Écoutons Mohamed : « Pour notre première tentative de FIV, je suis passé trois fois pour le recueil de mon sperme et je n'ai pas pu le réaliser. *C'est difficile pour moi d'éjaculer dans cette pièce, j'ai l'impression que je suis sous le regard de tout le monde... sans avoir l'envie ou le désir*

d'éjaculer, et puis même moralement je ressenti incapable, donc il fallait que la biologiste intervienne pour me convaincre qu'il faut le faire, ce n'est que cette méthode que nous pourrions réaliser la fiv ».

De nombreux hommes arrivent difficilement à réaliser le recueil du sperme. Ils n'arrivent pas à dissocier l'acte sexuel de la procédure médicale. En outre, il n'y a aucune règle ou instruction particulière à cette question mais l'équipe exige selon ses propres normes à le réaliser à l'intérieur du centre rassurant qu'il se fait dans des conditions techniques.

Cependant, certains hommes, non seulement ils refusent cet acte mais aussi ils refusent tout acte réalisé sur leur corps. C'est l'exemple de cet homme où le discours au sujet de cette question est plus complexe. En écoutons la conversation entre cette femme et son mari, le médecin en PMA explique au couple que l'examen médical montre que l'homme a un problème de varicocèle et qu'il est impérativement conseiller de subir une chirurgie avant d'entamer l'ICSI. Cependant la réaction de l'homme était remarquable. Il ne réalise pas que le médecin traitera son corps. En revanche, il demande à son épouse d'annuler tout le processus en rappelant sa femme que c'est elle qui devrait suivre cet acte. Enfin, l'analyse des discours que nous venons traiter, s'inscrit dans la perspective anthropologique de la maladie. Celle-ci nous a permis de montrer que l'expérience du recueil du sperme vécue par les hommes et sa construction dans l'univers médical et biomédical renvoient au registre des significations de blessure identitaire liée à l'infertilité.

Conclusion

L'apport de la sociologie du genre à l'étude de la procréation médicalement assistée a permis de saisir les rapports sociaux entre hommes et femmes structurant leurs différents espaces sociaux (familial et professionnel). Les traitements longs et potentiellement dangereux que constituent les techniques de la procréation médicalement assistée sont supportés presque exclusivement par les femmes, ce que pourtant la fausse symétrie de la théorie de la complémentarité dans la reproduction tend à dissimuler.

Le parcours en PMA rythme la vie du couple (loisirs, l'emploi du temps professionnel des femmes engendrant des tensions dans la sphère professionnelle. Les femmes interrogées se rendent disponibles pour les procédures médicales, les traitements hormonaux, les examens et, le cas échéant, les interventions médicales, rendant difficile de les concilier avec leur activité professionnelle.

La part de responsabilité dans l'échec des tentatives de grossesse peut être lourde à porter par les femmes qui ont repoussé le projet d'enfant pour des raisons professionnelles, ou qui a éventuellement subi par le passé une interruption de grossesse. Le parcours de la PMA a également des conséquences directes sur la sexualité du couple, qui perd en spontanéité et impose des rapports programmés et placés sous surveillance médicale. Nous avons constaté également une difficulté de l'homme à trouver sa place tout au long du processus dans un contexte gynécologique habituellement réservé à la femme.

Conclusion générale

Cette thèse s'est donnée pour objet l'étude de l'expérience sociale des couples infertiles confrontés au traitement de la procréation médicalement assistée dans le contexte algérien. Plus précisément, il s'agissait de proposer une analyse du processus de la médicalisation de l'infertilité appliquée aux femmes même lorsque les causes de l'infertilité sont masculines. Autrement dit, il s'agissait de rendre compte de la façon dont celle-ci se construit, se façonne tout au long de la trajectoire des couples. Ce travail éclaire la place déterminante des rapports sociaux de sexe dans l'expérience des couples.

Dans cette conclusion, nous proposons tout d'abord, de revenir sur les principaux résultats de recherche. Nous aborderons, ensuite, les limites de notre travail et proposerons des pistes d'approfondissement.

Principaux résultats de la recherche

L'infertilité est un rapport social à la procréation. Elle est une construction sociale avant d'être une fatalité biologique, une maladie ou un état. Cependant elle est traitée comme une maladie, alors qu'elle est différente des autres maladies, bien que pouvant être la conséquence d'une maladie. D'habitude les patients viennent pour se faire soigner, alors que dans le cas de la PMA, les patients viennent pour demander un enfant. Dans ce cas, le mal à soigner peut être identifié comme l'absence d'enfant ou le manque d'un enfant.

La sociologie de la santé des rapports sociaux et la sociologie des sciences s'entremêlent. Elles ont modifié la représentation que les couples se font de la procréation, en particulier les femmes. On dit maintenant qu'on fait un enfant avec l'aide du médecin. Celui-ci est devenu un recours incontournable, non seulement pour toute procréation, mais aussi pour le suivi de la grossesse, celle-ci étant devenue un état pathologique si l'on considère la démultiplication des examens et des tests médico-biologiques.

Le désir d'enfant s'inscrit dans une logique sociale. Une analyse sociologique sur le rapport qu'il entretient à sa réalisation dans un cadre social défini. Il d'enfant est omniprésent chez les couples et dans la société. L'infertilité a eu pour effet que l'enfant est devenu plus précieux. En fait, la « pression à la maternité » et, d'une certaine manière, le désir d'enfant se sont davantage généralisés dans la période contemporaine que dans les périodes antérieures. Aujourd'hui, le fait de rester sans enfant, est considéré comme pratiquement « hors norme ». L'infertilité tient pour beaucoup de femmes à ce nouveau rapport à la procréation, au corps, au désir. Si elles ne parviennent pas à être enceintes, ces femmes paniquent et mettent rapidement

cela au compte d'une stérilité justifiant d'entreprendre immédiatement un traitement, synonyme aujourd'hui d'une assistance médicale à la procréation.

L'assistance médicale à la procréation est donc une solution proposée aux couples pour sortir de la stigmatisation sociale et atteindre l'objectif ultime : l'enfant. Le genre est une dimension centrale de l'expérience dans la PMA. Notre étude nous a permis de penser la question du genre à travers la différence des sexes. Le genre comme un rapport social de sexe s'impose dans cette recherche du fait qu'il est central dans la procréation médicalement assistée, et également au cœur de l'organisation de la reproduction humaine. La maternité représente une force aux femmes du fait de la nature du pouvoir féminin comme « pouvoir de fécondité » (Héritier, 1996, p. 231), elle apparaît ainsi comme l'enjeu de cette organisation de la reproduction et du genre.

Dans le recours aux nouvelles technologies de la reproduction, la spécificité féminine se pose au cœur du débat féministe. Les féministes semblent penser cette spécificité féminine comme une cause de la domination masculine. Certaines y voient un risque visant à anéantir la spécificité féminine de la reproduction au bénéfice de la médecine reproductive. Dans une assignation de genre, la quête d'avoir un enfant est souvent rattachée à la nature de la féminité. Une femme mariée est faite pour avoir des enfants. C'est l'expression récurrente des personnes concernées.

Cette dimension essentialiste est donc reprise et encouragée par l'institution médicale de la PMA dans les démarches médicales. Les nouvelles technologies de reproduction aident les femmes à sortir de la stigmatisation en les aidant à procréer, mais restent cependant dans le schéma des normes de genre : une femme doit procréer. Une femme ne le devient « vraiment » que lorsqu'elle a un enfant. Les expériences des couples infertiles montrent que l'infertilité et la PMA répondent à l'ordre social établi et reproduisent les rapports de sociaux de sexe. Elle reste basée sur un schéma très normatif des rôles sexuels dans la reproduction dont les femmes actrices principales des parcours de PMA. Le genre nous a permis de comprendre et d'analyser les normes reproductives. À l'échelle la plus intime, celle du couple, les rapports sont asymétriques.

L'analyse des expériences des couples en regard de l'infertilité et de leur incursion dans l'univers de la médecine reproductive offre un cadre pertinent à partir duquel étudier les représentations d'être femme, vouloir un enfant, faire famille...etc. Les couples rencontrés ont une quête irrépressible, celle d'avoir un enfant. Cette quête d'enfant, en raison de problèmes d'infertilité, s'avère longue et complexe.

La PMA est un parcours pénible pour les femmes. L'approche bio-médicale de l'infertilité rend extrêmement difficile toute remise en question du processus d'aide médicale une fois engagé. On substitue la technique au geste des corps, ce qui aboutit à une dégradation de la signification plénière de la procréation humaine. La logique médicale a pu contribuer à la construction d'un lien entre féminité-maternité et sexualité-féminine-reproduction. La femme intéresse les scientifiques médicaux. Le corps féminin est au centre du processus médical. Il existe un monde de la physiologie féminine et un monde de la physiologie masculine. Plus précisément, la physiologie est *a priori* pensée comme le substrat d'une dichotomie entre le sexe féminin et le sexe masculin dans une sorte de « réification des catégories de sexe sur le biologique » (Mathieu, 2013, p. 59). Cette construction est caractérisée par une dichotomie asymétrique entre physiologie féminine et physiologie masculine.

Dans un parcours de PMA, la médicalisation de l'infertilité demande ainsi de mettre au jour les questions des temporalités de l'infertilité et de la période avant l'âge de la ménopause, en tant qu'elles sont des produits sociaux. Nous nous intéressons ainsi aux schèmes implicites régissant le rapport au corps que les différents individus entretiennent.

Dans la procréation médicalement assistée propose une intervention médicalisée. Elle intervient majoritairement sur les corps des femmes quelque soit l'origine de l'infertilité. Elle présente parfois des risques pour leur santé.

La femme au cœur du processus médical. Elle est confrontée non seulement à l'institution médicale mais également aux normes sociales. Le recours à la PMA nécessaire voire obligatoire. Mais c'est une épreuve douloureuse. Faire appel à la médecine reproductive est donc évident. Les femmes sont plus actives que les hommes pour recourir à la PMA et multiplier les démarches. C'est bien souvent elles qui, en cas de doute et d'échecs, déploient beaucoup d'énergie pour tenter de convaincre leur conjoint de poursuivre le recours. L'assistance médicale à la procréation affecte la santé physique et psychologique des femmes. Elles supportent mal les échecs de leurs tentatives d'assistance médicale à la procréation. À travers ce « parcours du combattant » qui requiert de véritables capacités stratégiques pour le couple et pour la femme en particulier, il s'agit d'abord de maîtriser, grâce à la médicalisation, un corps perçu comme non performant. Cette démarche devient une véritable « épreuve » à remporter.

Ainsi, le manque d'encadrement psychologique semble être une lacune du système de la PMA pour les couples et pour les gynécologues qui se trouvent investis par défaut du rôle de confident, de soutien psychologique. Si le sujet de l'assistance médicale à la procréation était concrètement débattu dans le débat sociétal et juridique, cela permettrait aux couples infertiles de

passer de l'ombre à la lumière et de ne pas être en marge de la société en faisant évoluer les catégories : « femme », « homme », « mère » et « père ». Le parcours est long et difficile et illustre bien le vécu ardu des femmes, mais également des hommes engagés dans une démarche médicale de PMA.

Limites et pistes d'approfondissement

Notre analyse de l'expérience des couples repose sur 45 entretiens pourrait être enrichie. Nous proposons, en fin de cette thèse, des pistes de recherches pour combler les lacunes de notre travail. Plusieurs questions restent floues et mériteraient d'être développées dans des travaux ultérieurs. L'aspect tabou de ce sujet n'avait pas permis de faire impliquer plus d'hommes dans notre enquête, constituant alors une limite à notre recherche.

Les discours du vécu quotidien et de l'impact des traitements d'infertilité sur la vie des femmes, nous ont permis d'ouvrir les yeux sur beaucoup de réalités auxquelles sont confrontées les couples infertiles. L'utilisation de leur histoire de cas a d'ailleurs eu l'avantage de mettre en évidence l'aspect dynamique de l'expérience de l'infertilité.

Nous nous retrouvons face à un constat: cette «quête» d'enfant exige la femme un sacrifice de son temps, de son corps et de sa souffrance contre un enfant qui, croyons-nous, réparera les pertes qui y sont inévitablement associées. Il serait intéressant au devenir des couples après un parcours en PMA sans obtention de grossesse.

Références bibliographiques

Ouvrages

- Addi L., (1984), *Les mutations de la société algérienne. Famille et lien social dans l'Algérie contemporaine*, Editions la Découverte, Paris.
- Addi L., (1999), *Les mutations de la société algérienne*. Paris, La Découverte.
- Aïach P., (1998), « Les voies de la médicalisation », in Pierre Aïach et Daniel Delanoë (éds.), *L'ère de la médicalisation*, coll. « Sociologiques », p. 15-36
- Akrich A., Pasver B., (1998), *Comment la naissance vient aux femmes*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris.
- Akrich, M. et Laborie, F. (1999). Introduction. Dans M. Akrich et F. Laborie (dir.), *De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question* (pp. 5-15). Paris : l'Harmattan.
- Andrieu B., et G., Boëysch, dir., (2008), *Dictionnaire du corps*, Paris, CNRS éditions, p. 155.
- Ansermet F., Germond., M, Mejia Quijano., C, (2014), *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée. Le dégel du devenir*, Préface de Jacques Testard, la vie de l'enfant, érès, Paris.
- Arborio A.M. & Fournier P. (1999), *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris, Nathan Université.
- Athéa N., (1994), « La stérilité : une entité mal définie », in J. (dir.), *Le magasin des enfants*, Gallimard (Coll. Folio), p. 47-95.
- Athéa, N., (1990), La stérilité : Une entité mal définie. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 37-71), François Bourin, Paris.
- Augé M., et C., Herzlich, (1984), *Le sens du mal. In: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des archives contemporaines, Paris.
- Augé, M. (1994). Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'évènement. Dans M. Augé et C. Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 35-91). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Badinter E., (1992), « XY. De l'identité masculine », PUF, Paris.
- Balandier G., (1974), *Anthropologiques*, Paris, PUF, p. 32.

- Barraud E., (2009), Kafala et immigrations. Thèse de doctorat, Université d'AIX – Marseille, U.F.R. Civilisations et Humanités, p.305.
- Bateman S., (2001). « La responsabilité médicale aux frontières de l'activité thérapeutique. Le cas de l'assistance médicale à la procréation » dans *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*, sous la dir. de M. Iacub et P. Jouannet, Paris, La Découverte, p. 111-126
- Bateman S., et Salem T., (1999). L'embryon en suspens. Dans M. Akrich et F. Laborie (dir.), *De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question* (pp. 49-73). Paris, l'Harmattan.
- Beaud S., Weber F., (2010), *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques*. Editions La Découverte, 4e édition.
- Becker G., (2000), *The elusive embryo: how women and men approach new reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.
- Benabed A., (2016), A socio-anthropological reflection on infertility and ARTs in Algeria, in *Assisted Reproductive Technologies in the Global South and North Issues, Challenges and the Future*, Edited by Virginie Rozée and Sayeed Unisa, *Series: Routledge Studies in the Sociology of Health and Illness. London*.
- Benoist J., (2002), Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie, Amades, Karthala, Paris.
- Bernard J., (1995), La bioéthique, édition Flammarion, Domino, Paris.
- Bertaux D., (1997), *Les récits de vie*. Paris, Éditions Nathan.
- Bessin M., Bidart C., Grossetti M., (2010), « L'enquête sur les bifurcations : une présentation », in Bessin Marc, Bidart Claire, Grossetti Michel, 2010, *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, Editions de la Découverte, pp. 7-19.
- Bidart C., (1997), « Parler de l'intime : les relations de confiance ». In D. Le Gall (sous la direction de), *Mana, revue de sociologie et d'anthropologie*, 3, « Approches sociologiques de l'intime », Paris, L'Harmattan, 19-53.
- Boltanski L. et Thévenot L., (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris, Gallimard.
- Botbol-Baum M., (2003), L'impact des nouvelles PMA sur la perception de l'individuation de la femme et de la fabrication de l'enfant. Dans W. Schiffino et F.

- Varone (dir.), *Procréation médicalement assistée : régulation publique et enjeux bioéthiques* (pp. 219-242). Bruxelles, Bruylant.
- Bouhadiba A., (1974), *La sexualité en Islam*, Paris, PUF, p : 264-265.
 - Bourdieu P., (1998), *La domination masculine*, Edition du seuil, Paris.
 - Bourquia R., (1995), *Femmes et fécondité*, Afrique Orient, p. 54.
 - Boutefnouchet M., (1980), *La famille algérienne : évolution et caractéristiques récentes*, Alger, SNED.
 - Bozon M., & Héran F., (2006), *La formation du couple. Textes essentiels pour la sociologie de la famille*, La Découverte, coll. « Grands Repères », Paris
 - Bozon M., (2002), « *Sociologie de la sexualité, Histoire et épistémologie* », Paris, Nathan, 128 p., Sexe- Genre- Féminité- Virilité. En quoi garçons et filles sont-ils différents ? www.ac-amiens.fr/pedagogie/eps/mixite/genre.htm
 - Bruner M., Edward, (1986), «Experience and Its Expressions», in Bruner M. Edward, Turner W. Victor (dir.), *The anthropology of experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, pp. 3-30
 - Bulter J., (2007), *Le récit de soi*, Paris, PUF.
 - Butler J., (2004), *Le pouvoir des mots. Politique du performatif*, Paris, Editions Amsterdam ;
 - Butler J., (2005), [éd. orig. 1990]). *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*. Paris: La Découverte.
 - Butler J., (2006), *Trouble dans le genre*, Paris, Editions de la Découverte.
 - Butler J., (2009), *Ces corps qui comptent. De la matérialité et des limites discursives du « sexe »*, Paris, Éditions Amsterdam.
 - Bydlowsky M., (2000), *Je rêve d'un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*, Odile Jacob, Paris
 - Bydlowsky M., (2008), *Les enfants du désir*, Odile Jacob, Paris
 - Callus T., (2013), *Corps de la femme en biomédecine : réflexions sur la vulnérabilité, la liberté et la responsabilité en droit anglais*, in *Corps de la femme et Biomédecine. Approche internationale*, (Dir) Amel Aouij Mrad, Brigitte Feuillet-Liger, édition Bruyant.
 - Chebel M., (1984), *Le corps dans la tradition du Maghreb*, PUF
 - Clifford J., Marcus G., (1986), *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.

- Collins et al., (2007), *Droits de l'enfant. Actes de la Conférence internationale / Ottawa*, Montréal, édi, Wilson & Lafleur.
- Corbin A., (1999), « Le secret de l'individu », dans *Histoire de la vie privée. IV, De la Révolution à la Grande Guerre*, M. Perrot (dir), Paris, p. 391-392 (1re éd. 1987).
- Courduriès J., & Herbrand C., (2014), Genre, parenté et techniques de reproduction assistée : bilan et perspectives après 30 ans de recherche. *Enfances Familles Générations*, no 21, p. i-xxvii - www.efg.inrs.ca
- Cresson G., (2001), Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes, in Aïach P., CÈBE D., Cresson G., Philippe C. (eds) *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes : Ed ENSP.
- Cussins C., 1997, « Producing Reproduction: Techniques of Normalization in Infertility Clinics »: 66-101 in S. Franklin & H. Ragoné (eds), *Reproducing Reproduction: Kinship, Power and Technological Innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Czyba J.C., Chorier, H. - Clement J.L., (1985), *Nouvelles technologies de la médecine de la reproduction et sexualité. Médecine et Hygiène*. Paris.
- Daudelin G., (2002). « Entre le ventre et la tête : les déplacements du sens de la procréation dans l'espace des nouvelles techniques de reproduction », dans Descarries, F., et C. Corbeil (dir), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage, 359-380.
- Dawkins, 1999, (2003 [éd. orig. 1976]). *Le gène égoïste*. Paris: Odile Jacob.
- De Beauvoir S., 1976 (1949), *Le deuxième sexe*, tome 2 : *L'expérience vécue*, Gallimard, Paris.
- De Sardan O., & Jaffré Y., (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, édition Karthala, Paris, p.10.
- Delaisi De Parseval G., (2008). *Famille à tout prix*. Paris, Le Seuil.
- Delaisi De Parseval., G. (1990). Le désir d'enfant géré par la médecine et par la loi. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 266-278). Paris, François Bourin.
- Delaisi De Parseval., G. (2001). La pluri-parentalité occultée : psycho-dynamique de la parentalité dans les cas d'aide médicale à la procréation avec dons de gamète. Dans D. Le Gall et Y. Bettahar (dir), *La pluri-parentalité* (pp. 113-124). Paris, Presses Universitaires de France.

- Delphy C., (2001), *L'ennemi principal, tome 2 : penser le genre*, Paris, Editions Syllepse.
- Descamps P., (2008), *L'utérus, la technique et l'amour*, Paris, PUF.
- Devreux A-M., (1988), *La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*, Paris, Cultures et sociétés urbaines.
- Devreux A-M., (2001), « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour les questions de santé », in Aïach Pierre, Cèbe Dominique, Cresson Geneviève, Philippe Claudine (dir.), *Femmes et Hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Rennes, ENSP, 2001, p. 97-116.
- Doré-Audibert A., et Khodja, S., (1998), *Etre mère au Maghreb et en Méditerranée : Du mythe à la réalité*, édition Karthala, p. 15.
- Dubar C., (2000), *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris, PUF
- Duchesne V., & Bonnet D., (2016), *Procréation médicale et mondialisation: Expériences africaines*, l'Harmattan, Paris
- Fahey J., (2006), « Nous, post humains : discours du corps futur », *Critique*, « Mutants », dir. Thierry Hoquet, n° 709-710, p. 541-552. Il s'agit d'une recension d'un ouvrage de N. Katherine Hayles, figure centrale du nouveau matérialisme.
- Fainzang S., & Journet-Diallo O., (1991), *L'institution polygamique comme lieu de construction sociale de la féminité*. Edite par Marie-Claude Hurtig, Michèle Kail et Hélène Rouch. *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*, Editions du Centre national de la recherche scientifique, pp.217-225, <HAL shs-00376832>.
- Fainzang S., (1989), *Pour une anthropologie de la maladie en France, Un regard africaniste*, coll. Cahiers de l'Homme, N.S. XXIX, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, Paris,
- Fassin D., (2006), *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, Editions de la Découverte.
- Fassin D., (2008), *L'inquiétude ethnographique* », in Bensa Alban, Fassin Didier (dir.), *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Editions de la Découverte, Paris.
- Fassin D., & Memmi D., (2004), « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in Fassin Didier, Memmi Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'EHESS, pp. 9-33.
- Fassin D., (1996), *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF ;

- Fassin D., (1998), « les politiques de la médicalisation », in Aiche P., Delanoie D., (dir), *L'ère de la médicalisation*, Paris, éd Anthropos, p : 1-13.
- Ferrand A., (2007), *Confidants. Une analyse structurale de réseaux sociaux*, Paris, L'Harmattan.
- Fine A., (2001). « Maternité et identité féminine », In Y. Knibiehler (sous la direction de), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard, 61-76.
- Flament C., (1991), « Structure et dynamique des représentations» in Denise Jodelet, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 204-219.
- Foessel M. (2008). *La privation de l'intime*, Paris, Le Seuil.
- Fortier C., (2009), « Quand la ressemblance fait la parenté », in Porquieres I Gene, Enric dir. *Défis contemporains de la parenté*, Paris, éditions de l'école des hautes études en sciences sociales (Cas de figure), pp. 251-276.
- Fortier C., (2013), « Les ruses de la paternité en islam malékite, L'adultère dans la société maure de Mauritanie», in Moulin, Anne-Marie éd., *Islam et révolutions médicales. Le labyrinthe du corps*, Marseille/Paris, IRD/Karthala, pp. 157-181. [2].
- Fortier C., (2013), *Genre, sexualité et techniques reproductives en islam*. In Normes religieuses et genre. Mutations, résistances et reconfiguration (XIX^e-XXI^e siècle) (dir) Florence Rochefort, Maria Eleonora Sanna, Edition, Recherches. Armand Colin,
- Foucault M., 1976, *La volonté de savoir, Histoire de la sexualité*, tome I, Paris, Gallimard.
- Foucault M., (1975), *surveiller et punir*, édition Gallimard, Paris.
- Foucault M., (1997), « *Il faut défendre la société* », Paris, Éditions Seuil/Gallimard.
- Foucault M., (2009). *Le corps utopique. Les hétérotopies*, Paris, Nouvelles Editions Lignes
- Foucault M., [1976-1984], *Histoire de la sexualité: La volonté de savoir*, tome III, Paris, Gallimard.
- Fraisse G., (1992), *La raison des femmes*, Paris, Plon.
- Frydman R., (1996), *L'irrésistible désir de naissance*, Paris, PUF, p. 20
- Frydman R., (2013), Préface de l'ouvrage de Séverine Mathieu, *l'enfant des possibles, Assistance Médicale à la Procréation. Ethique, religion et filiation*, les éditions de l'Atelier/Édition Ouvrières, Paris.

- Fsian H., (2015), Corps, représentations sociales et personnalisation, p.67-p.78, In Hallouma Cherif (S. dir), Représentations sociales et contextes culturels, PUO. Algérie.
- Gardey D., (2005), Procréation, corps, sciences et techniques au XXe siècle. Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs, La Découverte.
- Gardey D., (2005), Procréation, corps, sciences et techniques au XXe siècle. Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs, La Découverte, Paris.
- Gardey D., Löwy I., (2000), Pour en finir avec la nature. In: Gardey, D. & Löwy, I. *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Editions des archives contemporaines – EAC.
- Gavarini L., (1990), Experts et législateurs de la normalité de l'être humain : vers un eugénisme discret, (socio) pp. 157-179, dir. J. Testart, *Le magasin des enfants*, Paris, Ed. François Bourin, pp. 170-171.
- Gavarini L., (2001), *La passion de l'enfant. Filiation, procréation et éducation à l'aube du XXIème siècle*, Paris, Éditions Denoël.
- Gavarini L., (2004), *La passion de l'enfant*, Paris, Hachette, Pluriel, réédition de 2001.
- Giraud, C., (2005), *Du secret : contribution à une sociologie de l'autorité et de l'engagement*, Paris, L'Harmattan.
- Goffman E., (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Editions de Minuit.
- Good B., (1998), *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Institut Synthélabo / Le Plessis-Robinson, Coll. Les empêcheurs de penser en rond, Paris.
- Gouyon P-H., Henry J-P., Arnould J., (1997). *Les avatars du gène. La théorie néo-darwinienne de l'évolution*. Paris, Belin.
- Graba G., Haddab Z., (2007), « Femmes-objets ou femmes-sujets : les enjeux du Code de la famille en Algérie », in Amsatou Sow Sidibe, Badji Mamadou, Mbonda Ernest-Marie, Otis Ghislain (dir.), *Genre, inégalités et religion*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, pp. 37-48. 278.
- Gueydan M., (1991), *Femmes en ménopause. Les transformations psychiques d'une étape de vie*, Éditions Erès,
- Guillaumin C., (1992), *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature*, côté-femmes éditions,

- Héran F., (2009), *Figures de la parenté*, Paris, PUF, collection Sociologies.
- Héritier F., (1989), De l'engendrement, à la filiation, approche anthropologique, n°44, septembre, Paris, p, 173-185.
- Héritier F., (1994), Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique. Dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 123-154). Paris, Éditions des Archives contemporaines.
- Héritier F., (1996), *De la violence*, Paris, Editions Odile Jacob.
- Héritier F., (1996), *Masculin/Féminin, La pensée de la différence*, tome 1 Paris, Editions, Odile Jacob ;
- Inhorn, M-C., (1994), «*Quest for conception: Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*», Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Inhorn, M-C., (1996). « *Infertility and patriarchy: the cultural politics of gender and family life in Egypt* ». Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Inhorn, M-C., (2003). « *Local babies, global science: gender, religion and in vitro fertilization in Egypt* », New York, Routledge.
- Inhorn, M-C., (2012). « *The new Arab man. Emergent masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East* », Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Jodelet D., (2003), *Les représentations sociales*, Sociologie d'aujourd'hui, PUF.
- Jodelet., D, (2006), « Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations, (dir) de Valérie Hass, *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations sociales*, pp. 235-255. Rennes: Les Presses universitaires de Rennes, 2006, 274 pp. Collection: Di-dact - Psychologie sociale.
- Kateb K., (2003), « *Changements démographiques et organisation familiale en Algérie* » Maghreb Machrek, édition, Paris.
- Kilani M., (1994), « *L'invention de l'autre. Essais sur le discours anthropologique* ». Lausanne, Éditions Payot.
- Kivits J., Balard F., Fournier C. & Winance M (dir.) (2016), *Les recherches qualitatives en santé*, Malakoff, Armand Colin.
- Knibiehler Y., (1987). « *Les pères aussi ont une histoire* ». Paris : Hachette.
- Knibiehler Y., (2001), « La construction sociale de la maternité », in *maternité, affaire privée, affaire publique*, Bayard, collection société, paris, pp : 13-22.

- Laborie F., (1986), La reproduction : les femmes et la science. Des scientifiques en mal de maternité ? Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science* (pp. 181-187). Grenoble, Presses Universitaires.
- Laborie F., (1986), Peut-on penser les différences ? Dans A.-M. De Vilaine, L. Gavarini et M. Lecoadic (dir.), *Maternité en mouvement. Les femmes, la reproduction et les hommes de science* (pp. 22-26). Grenoble : Presses Universitaires.
- Laborie F., (1989). De quelques faces cachées des nouvelles techniques de procréation. Dans Mouvement français pour le planning familial, C. Lesterpt et G. Doat (dir.), *L'ovaire-dose ? Les nouvelles méthodes de procréation* (pp. 89-114). Paris, Syros-Alternatives.
- Laborie F., (1990). D'une banalisation sans évaluation de ce qui peut s'en suivre. Dans J. Testart (dir.), *Le magasin des enfants* (pp. 83-106). Paris : François Bourin.
- Lacoste-Dujardin C., (1985), *Des mères contre les femmes : maternité et patriarcat au Maghreb*, La Découverte, Paris, 267 p.
- Lacoste-Dujardin C., (2008), « Teryel l'ogresse et féminités dévorantes en culture kabyles », in Dermenjian Geneviève, Guilhaumou Jacques, Lapied Martine (dir.), *La puissance maternelle en Méditerranée. Mythes et représentations* », Aix en Provence, Editions Acte Sud, pp. 87-101.
- Lacoste-Dujardin C., (2008), « *La vaillance des femmes* », Paris, Editions la Découverte.
- Laplantine F., (1992), « *Anthropologie de la maladie* », Bibliothèque Scientifique Payot, Paris.
- Laqueur T., (1992), *La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, Paris.
- Laqueur T., (2003), *Solitary Sex: A Cultural History of Masturbation*, New York, Zone Books.
- Laqueur, T. (1992). Préface à l'édition française. Dans T. Laqueur, *La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris, Gallimard.
- Latour B., (1989), « *La science en action* » (édition française), Paris, La Découverte, p. 451
- Laznik M-C., (2003), *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause*, Paris, Éditions Denoël.

- Le Breton D., (2005), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses ; Universitaires de France. [1ère édition : 1990],
- Le Feuvre N., (2008), La féminisation des anciens ‘bastions masculins’ : enjeux sociaux et approches sociologiques”, in Guichard Y., Kergoat D., Vilbrod A. (dir.), *L’inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*, Rennes, PUR, pp.307-323.
- Lebas C., (2012), « La violence des femmes, entre démesure et ruptures », in Cardi Coline et Pruvost Geneviève (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 245-256.
- Lhassani A., (1995), *La citadelle détruite*, édition Média Stratégie Rabat.
- Lock M., (1993), *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*, Los Angeles, Berkeley, University of California Press,
- Locoh T., et Ouadah-Bedidi Z., (2010), « Familias y relaciones de género en el Maghreb ». In : Sophie Bessis y Martin Munoz Gema (coords), *Mujer y familia en les sociedades àrabes actuales*. p. 11-44 Madrid, Casa Arabe et Barcelone, édition Bellaterra, 330 p.
- Löwy I., (2005), *L’emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute, coll. Légendes du monde, 141-171.
- Löwy I., (2006), *L’emprise du genre*, La Dispute, Paris.
- Löwy I., Marry C., (2007). *Pour en finir avec la domination masculine. De A à Z : Les Empêcheurs de tourner en rond*, Paris.
- Maggioni, C. 2006. *Femmes infertiles, image de soi et désir d’enfant*, Paris, In Press.
- Marzano M., (2015), *L’éthique appliquée*, Paris, PUF (Que sais-je ?), 2e éd, 127 p.
- Mathieu S., (2013), Au non du père : assistance médicale à la procréation et variable religieuse, chapitre 12, p 31-36 ; In, *Normes religieuses et genre : Mutations, résistances et reconfiguration (XIXE-XXIE siècle)*, (S.dir) Florence Rochefort, Maria Eleonora Sanna, édition Armand Colin, Paris.
- Mathieu N-C., (1985), « Femmes, matière à penser... et à reproduire », in Mathieu Nicole-Claude (dir.), *L’Arraînement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Editions de l’EHESS, pp. 5-16.
- Mathieu N-C., (1985), «Quand céder n’est pas consentir. Des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes, et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie », in Nicole-Claude Mathieu, ed., *L’Arraînement des*

femmes. Essais en anthropologie des sexes. Paris, Éditions de l'EHESS (« Cahiers de *L'Homme* ») p : 169-245.

- Mathieu N-C., When Yielding Is Not Consenting Material and Psychic Determinants of Women's Dominated Consciousness and Some of Their Interpretations in Ethnology Part 2, In *L'Arraînement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, éd. Nicole-Claude Mathieu. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (E.H.E.S.S.), 1985.
- Mathieu S., (2013), *L'enfant des possibles, Assistance médicale à la procréation. Ethique, religion, et filiation*, les éditions de l'atelier, Editions ouvrières, Paris.
- Mazur A-G., (2002), *Theorizing Feminist Policy*, New York, Oxford University Press.
- Mead M., (1930), *Growing up in New Guinea: A Comparative Study of Primitive Education*. New York: Blue Ribbon Books.
- Mebtoul M., (2010), La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie, *In* Famille et santé, (Dir) Geneviève Cresson et Mohamed Mebtoul, PRESSES de l'EHESS, P : 21-30.
- Mebtoul M., (2015), Représentations sociales et savoirs d'expérience à l'égard de la santé et de la maladie, p.39-p.49, In Hallouma Cherif (S.dir), *Représentations sociales et contextes culturels*, PUO. Algérie.
- Meillassoux, C. (2005). *Femmes, greniers et capitaux*. Paris : L'Harmattan [1re éd. : François Maspero, Paris, 1975].
- Memmi D., (2004), « Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », *in* Fassin Didier et Memmi Dominique (dir.), Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, p. 135-154
- Moscovici S., (1991), « Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. *In* Denise Jodelet, (sous la dir). *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 62-86.
- Moulin A.-M., (2013), *Islam et révolutions médicales : labyrinthe du corps*, Karthala: Paris.
- Oakley A., (1972), *Gender and Society*, Londres, Harper Colophone Books.
- Oria N., & Camus J., (2013), « Devenir mère à l'hôpital : parcours sociaux et rapport aux normes », *in* Ertul Servet, Melchior Jean-Philippe et Widmer Eric (dir.), *Travail, santé, éducation, Individualisation des parcours*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 111-121.

- Ouadah-Bedidi, Z. (2009), Le mariage au coeur du rapport individu-famille-société. Dans J. Vallin (dir.), *Du genre et de l'Afrique. Hommage à Thérèse Loco* (pp. 179-193). Paris, INED.
- Oudshoorn N., (1994), *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*, London, Routledge.
- Oudshoorn N., (2000). Au sujet des corps, des techniques et des féminismes. In, Gardey D., et Löwy I., (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin* (pp. 31-44). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Ould Larbi L., (2006), *Un enfant à quel prix ? La stérilité du couple en question*, éditions OPU d'Oran. Algérie.
- Pédinielli J-L., (1994) *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Nathan, p. 113.
- Pierron J.-P., (2003), *On ne choisit pas ses parents. Comment penser l'adoption et la filiation?* Paris, Éditions du Seuil.
- Pulman B., (2010), *Mille et une façons de faire les enfants. La révolution des méthodes de procréation*. Paris, Calmann-Lévy.
- Quéniart A., (1987), « La technologie : une réponse à l'insécurité des femmes? », dans F. Saillant et M. O'Neill (dir.), *Accoucher autrement. (...)*. Montréal, Éditions Saint-Martin, pp. 213-235.
- Quéniart A., (1988), *Le corps paradoxal. Regards de femmes sur la maternité*. Éditions Saint-Martin, Montréal.
- Roegiers L., (2003), « *La grossesse incertaine. De la décision médicale au lien prénatal* ». Presses Universitaires de France, Paris.
- Roegiers L., (1996), « Du droit à l'enfant » à la responsabilité procréative ». Ethique et perspectives préventives en PMA, in *Des enfants comme les autres?, la santé, le droit et le bien-être*. (Dir) Claudine Bourg, édition Lucpire, Paris,
- Rouch H., (1991), « Nouvelles techniques de reproduction : de la différence à l'inégalité ». Dans M.-C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch (éds.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 245-255). Paris.
- Rouch H., (2011), *Les corps, ces objets encombrants, contribution à la critique féministe des sciences*, Donnemarie-Dontilly, Éditions IXe, p. 63.

- Rubin G-S., (2001) «Penser le sexe. Pour une théorie radicale de la politique de la sexualité». In Gayle-S. Rubin et Judith Butler (Éds), *Marché au sexe* (pp. 65-139). Paris, EPEL.
- Schiltz M-A., & Maryse J., (2003), «Amour et sexualité dans la conjugalité: évolution des interrogations des années cinquante à nos jours». Geneviève Paicheler et Maria-Andréa Loyola (Éds), *Sexualité, normes et contrôle social*. Paris, L'Harmattan.
- Scott J-W., (2012), *De l'utilité du genre*, Librairie Arthème Fayard, Paris.
- Sheldon Sally., (1990), *Beyond Control: Medical Power and Abortion Law*, Pluto Press, Londres.
- Simmel G., (1996), *Secret et sociétés secrètes*, Strasbourg, Circé.
- Strauss A., & Corbin J., (2003), « L'analyse de données selon la Grounded Theory. Procédures de codage et critères d'évaluation », in Cefai (dir), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, pp. 363-379.
- Strauss A., (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, (textes réunis par I. Baszanger) Paris, L'Harmattan.
- Szasz T., (1976), *Fabriquer la folie*, Paris, Payot.
- Tabet P., (1985), Fertilité naturelle, reproduction forcée. Dans N.-C. Mathieu (dir.), *L'Arraînement des femmes : essai en anthropologie des sexes*. Paris, EHESS, p.98.
- Tabet P., (1998). *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*. Paris, l'Harmattan.
- Tain L., (2003), Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage, *Cahiers du Genre*, 34, 171-192.
- Tain L., & all., (2014), Biotechnologies et travail reproductif. Une perspective transnationale, cahiers du genre /1 (N° 56), L'Harmattan, DOI : 10.3917/cdge.056.0005
- Tain L., (2013), *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- Tain L., (2013). « Le « bon âge » pour avoir un enfant : vieillissement, fécondité et inégalités sexuées ». Dans M. Legrand et I. Voléry (dir.), *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges ?* (pp. 53-62). Nancy, Editions Universitaires de Lorraine.
- Tillard B., (2009), « *Des familles face à la naissance* », édition l'Harmattan, Paris,

- Tort M., (1992), « *Le désir froid. Procréation artificielle et crise des repères symboliques* », la Découverte, Paris.
- Touraille P., (2009), « Sexe et genre: sortir de l'imbroglie conceptuel ». In Pierre-Henri Gouyon (Éd.), *Aux origines de la sexualité* (pp. 466-489). Paris: Fayard.
- Turner B., (1992), *Regulating Bodies*, Routledge, London.
- Van Der Ploeg I., (1999). L'individualité féminine à l'épreuve des techniques de reproduction. Dans M. Akrich et F. Laborie (dir.), *De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question* (pp. 95-121). Paris : l'Harmattan.
- Vigarello G., (1978), *Le Corps redressé : histoire d'un pouvoir pédagogique*, Paris, A. Corbin, J.-J. Courtine et G. Vigarello, « Préface », art. cité, p : 10-11
- Zehnati A., (2013), Les cliniques privées en Algérie : L'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire *Les cahiers du CREAD n°105/106-2013*,

Revues scientifiques

- Al Atrach M., (2006), La procréation assistée et la recherche connexe : Point de vue islamique, Article, n°37 R.D.U.S.
- Andro A., & Desgrées du Loû A., (2009). La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés. *Autrepart*, 4 (52), 3-12.
- Angeloff T., Gardey D., (2015) « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud », *Travail, genre et sociétés/2* (n° 34), p. 31-38. DOI 10.3917/tgs.034.0031.
- Aouij-Mrad A., Feuillet B. & Portier P. (dir.) (2010), *Droit, éthique et religion, quelles normes pour l'assistance médicale à la procréation ? Étude franco-tunisienne*, Revue juridique de l'Ouest.
- Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. (2004), Contraception et avortement en France dans les années 2000. *Population* 3/ 59 : 409-18.
- Barry L., (2008), *La parenté*, Gallimard, Paris, 863 p cité dans parenté et famille, « Comptes rendus », *L'Homme* [En ligne], 191 | 2009, mis en ligne le 01 janvier 2011, consulté le 06 janvier 2017. URL : <http://lhomme.revues.org/22265>
- Becker G., (2000), « Espoir à vendre : commercialisation et consommation des techniques d'assistance médicale à la procréation aux Etats-Unis », *Sciences Sociales et Santé*, 18(4), pp. 105-126. <http://www.fertility-docs.com/>

- Benabbou A., (2013), Corrélation entre le tabagisme actif et l'infertilité masculine Etude de quelques paramètres spermatiques des sujets fumeurs dans l'Ouest Algérien, Médecine du Maghreb, Revue médicale internationale maghrébine.
- Benabed A., (2008) « Le recours à la technique de procréation médicalement assistée. Étude de quelques trajectoires de couples algériens », dans *revue ¿ Interrogations ?*, N°6. La santé au prisme des sciences humaines et sociales, juin 2008. [en ligne], <http://www.revue-interrogations.org/Le-recours-a-la-technique-de>
- Benabed A., (2008), La stérilité et les rapports sociaux de sexes », *Revue JAM (journal des médecins Algériens)*, volume XVI, page 84-89, N°3
- Benali R., (2009), Les pratiques éducatives parentales dans la famille algérienne. Etude comparative selon quelques caractéristiques sociodémographiques, *revue étude psycho éducative*, N°2, Juin 2009, Université de Batna, Algérie,
- Benali Radjia., (2009), Rôles et statuts dans la famille algérienne contemporaine. Changements et répercussions, dossier : les troubles dans les fonctions familiales, *Journal Arabpsynet*, N°21-22, citation extraite de : Bourdieu, P, 1985, Sociologie de l'Algérie, Paris, PUP, 1985, Site web : arabpsynet.com/Archives/OP/TopicJ2122RajiaBenAli.pdf.
- Benveniste A., Miranda A., (2011), « Des usages controversés du genre », *Journal des Anthropologues*, n°124-125, pp. 13-23.
- Bessin M., (2009), « Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, n°156, pp. 12-21
- Bettahar Y., (2007), « La construction sociale de la parentalité : l'exemple de l'Algérie », *L'Année du Maghreb*, II, p : 155-167, mis en ligne le 08 juillet 2010, <http://anneemaghreb.revues.org>.
- Boltanski L., (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, vol. 26, n°1, pp. 205-233
- Bossy Thibault et Briatte François, 2011, « Les formes contemporaines de la biopolitique », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol. 18, n° 4, pp. 7-12.
- Bozon M., & Leridon H., (1993), Les constructions sociales de la sexualité, *Population (French Edition)*, 48e Année, No. 5, Sexualité et sciences sociales: Les apports d'une enquête. Sep. - Oct., 1993), pp. 1173-1195.

- Butler J, (2007), « Pour ne pas en finir avec le « genre »... Table ronde », *Sociétés & Représentations*, vol. 24, n°2, pp. 285-306.
- Butler J, (2003), « Les femmes » en tant que sujet du féminisme, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Raisons politiques » /4 no 12 | pp : 85-97.
- Bydlowski M., (2003), Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine, *Gynécologie Obstétrique Fertilité*, pp. 246-251
- Cacciaiali J-L., (2003) « La stérilité doit-elle être interprétée ? », *Journal français de psychiatrie* /3 (n°20), p. 36-37.
- Charrier P., (2013), Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme. Recherches sociologiques et anthropologiques, *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44 (2), pp.93-113. <10.4000/rsa.1054>. <halshs-00958747>
- Chateaufneuf D., (2011), « Projet familial, infertilité et désir d'enfant : usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois » *Enfances, Familles, Générations*, n° 15, p. 61-77.
- Dagnaud M., & Mehl D., (1988), Les gynécologues 2 : Une profession influente *Sociologie du Travail*, Vol. 30, No. 2, Désir d'enfant et techniques de la naissance, pp. 287-300.
- Dagnaud M., & Mehl D., (1988), Les gynécologues 1 : Une profession sous influence, *Sociologie du travail* N° 2-88.
- Daudelin, G., (1999), Des savoirs de femmes sur les nouvelles techniques de reproduction », *Recherches féministes*, vol. 12, n° 2, p. 61-83.
- Daune-Richard A-M., & Devreux A-M., (1992), Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique », *Recherches féministes*, vol. 5, n° 2, p. 7-30.
- De La Rochebrochard É., (2001), Stérilité, fertilité : la part des hommes, *Population et Sociétés*, 371. Paris.
- De La Rochebrochard É., (2008), De la pilule au bébé éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales, institut national d'études démographiques, les cahiers de l'INED, p. 264, Paris
- De La Rochebrochard É., (2003), « Des hommes médicalement assistés pour procréer : IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine », *Population*, vol. 58, n° 4-5, p. 549-586.

- Déchaux J-H., (2014), « Le sacre de l'enfant. Regards sur une passion contemporaine », *Revue française de sociologie* /3 (Vol. 55), p. 537-561. DOI 10.3917/RFS.553.0537
- Déchaux J-H., (2014) « Une autre manière de fabriquer de la parenté? », *Enfances Familles Générations* [En ligne], mis en ligne consulté le 09 octobre 2015. URL : <http://efg.revues.org/715>
- Deschodt G., (2010), « La pudeur, un bilan », *Hypothèses* /1 (13), p. 95-105. DOI 10.3917/hyp.091.0095.
- Deschodt, G., (2010), « La pudeur, un bilan », *Hypothèses*, n°1 /13, p. 95-105.
- Diasio N., (2009), « Comment l'enfant fait-il famille ? », *La Revue des sciences sociales*, « Désirs de famille, désirs d'enfant », n°14, p : 9.
- Droz-Mendelzweig M., (2003). « Femme complète, demi-femme, vieille fille : représentations de la féminité et de la filiation dans une agroville sicilienne ». *Ethnographiques.org*, N°3-Avril, 2003, (<http://www.ethnographiques.org/2003/Droz-Mendelzweig> - consulté le 27.03.2017)
- Edwards R., & Steptoe P., (1980), « Clinical aspects of pregnancies established with clearing embryos grown in vitro », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, n° 87.
- El Aaddouni H., (2003), « Stérilité au féminin : enjeux du corps, enjeux de la mémoire ! », *Face à face* [En ligne], 5 | mis en ligne le 01 mars 2003, consulté le 03 novembre 2012. URL : <http://faceaface.revues.org/418>.
- Epelboin S., (2003), « Un enfant, pourquoi pas ? », *Journal français de psychiatrie* /3 (no20), p. 11-15. DOI 10.3917/jfp.020.0011.
- Fainzang, S., (2009), « La communication d'informations dans la relation médecins-malades », *Questions de communication*, 15 | 279-295.
- Fassin D., (2004), « Et la souffrance devint sociale. De l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions », *Critique*, vol. 680-681, pp. 16-29.
- Ferhati B., (2010), « Enquêter sur la prostitution en Algérie. Souvenirs de Bou-Saâda », *L'Année du Maghreb* [En ligne], VI | mis en ligne le 01 janvier 2013, consulté le 22 avril 2017.
- Fortier C., (1998), « Le corps comme mémoire : du giron maternel a la fêrûle coranique », *Journal des Africanistes*, vol. 68, n°1-2, pp. 199-223.

- Fortier C., (2001), « Le lait, le sperme, le dos. Et le sang ? Représentations physiologiques de la filiation et de la parenté de lait en islam malékite et dans la société », *Cahiers d'Études africaines*, 161, XLI-1, pp. 97-138.
- Fortier C., (2011), « Des gamètes de couleur » : phénotype, race ou ethnie ? », *L'autre, Cliniques, culture et sociétés*, vol. 12, n°3, pp. 289-303.
- Franklin S., & Ragoné H., (2000), *Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation* », *L'Homme* [En ligne], 154-155 |, mis en ligne le 28 novembre 2006, consulté le 23 janvier 2013. URL : <http://journals.openedition.org/lhomme/2735>.
- Gaille M., (2008), La femme est-elle une mère par nature ? *Psicologia em Revista*, <HAL-01309122>
- Gardey D., (2013), « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 37 |, mis en ligne le 01 juillet 2015, consulté le 04 janvier 2017. URL : <http://clio.revues.org/11031> ; DOI : 10.4000/clio.11031
- Gauchet M., (2010) « Mutation dans la famille et ses incidences », *La revue lacanienne* /3 (N° 8), p. 17-32. DOI 10.3917/lrl.103.0017
- Gauchet M., (2004), L'enfant du désir, *le Débat*, 132, n° 132, 2004/5, p. 98-121.
- Gauchet M., (2007), « L'enfant du désir », *Champ psychosomatique* /3 (n° 47), p. 9-22. DOI 10.3917/cpsy.047.0009
- Gavarini L., (2002), « La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique », *Journal des anthropologues*, p.79-p.101.
- Gavarini L., (2002) « La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique », *Journal des anthropologues* [En ligne], 88-89 |, mis en ligne le 01 juin 2003, consulté le 17 décembre 2010. URL : <http://jda.revues.org/2819>.
- Giami A., (2011), « Le « glauque » ou la production de sperme infertile », *Ethnologie française* /1 (Vol. 41), p. 41-48. DOI 10.3917/ethn.111.0041
- Goffman E., & Watier Patrick, (2006) « Le secret de l'autre », *Sociétés*, 3/2006 (n° 93), p. 35-38.
- Guyard L., (2010), « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes* /3 (Vol. 29), p. 44-57.
- Héritier F., (1985). Le droit, la médecine et la vie. L'individu, le biologique et le social. *Le Débat*, (36), 27-32.

- Héritier-Augé F., (1985), « La cuisse de Jupiter », *Réflexions sur les nouveaux modes de procréation*, *L'Homme*, tome 25, N°94, p. 5-22. Doi : 10.3406/hom.1985.368560
- Hertzog I-L., (2011), « Femmes actives et assistance médicale à la procréation. La réalisation de soi doublement fragilisée », *Dialogue* 2011/2, n° 192, p. 123-135. DOI 10.3917/dia.192.0123.

<http://journals.openedition.org/anneemaghreb/891>.DOI :10.4000/anneemaghreb.89.

- Kateb K., (2004), « Les séparations scolaires dans l'Algérie coloniale », *Insaniyat*, n°25-26, pp. 65-100.
- Leridon H., (1982). Stérilité, hypofertilité et infécondité en France. *Population*, 37^e année, n°4-5, 1982. pp. 807-836; http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1982_num_37_4_17388.
- Lowy I., (2000), « Assistance médicale à la procréation et traitement de la stérilité masculine en France », *Sciences sociales et santé*, n° 18, pp. 75-102.
- Lowy I., (2009), L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine, et politique, [info/lage-limite-de-la-maternite-corps-biomedecine-et-politique](http://www.info/lage-limite-de-la-maternite-corps-biomedecine-et-politique)
- Löwy, I., Rozée Gomez, V. & Tain, L. (2014). Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre. *Cahier du genre*, 56, 5-18.
- Masnata-Rubattel C., (1975), Femme, foyer, métier, *Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse*
- Massé R., Légaré, F., Dodin, S. Côté, L. (2001). «The Limits of the Transactional Model in Clinical Encounters: the case of perimenopausal women in Quebec. » *Sociology of Health and Illness*, Vol. 23(1) pp. 44-64. Cité dans : La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique *Revue Internationale sur le Médicament*, vol.2, 2008
- Mathieu S., (2017), Quelle nature du désir ? Assistance médicale à la procréation, désir d'enfant et transmission, *Anthropologie et Sociétés*, Volume 41, Issue2, p. 121-138.
- Mebtoul M., (2004), «L'introuvable» césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins, *Autrepart/1* (n°29), Éditeur : Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), DOI : 10.3917/autr.029.0013,
- Mebtoul M., (2004), «Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie». In *Journal des anthropologues*, Tome 1 : effets de marché et migrations N°96-97, AFA.

- Mebtoul M., Aroui K., Benabed A., Daheur K., Hachem A., Kerzabi Z., et Mouffok N., (2017), « Grossesse et accouchement: Les logiques sociales des responsables, du personnel de santé et des femmes (Algérie) », *Face à face* [En ligne], | 2017, mis en ligne le 24 juin 2017, consulté le 12 octobre 2017. URL : <http://faceaface.revues.org/1149>.
- Mebtoul, M., Selmi O., 2017, La relation fusionnelle mère-enfant diabétique : L'effacement de la femme et de l'enfant comme personne. *Revue d'études et critiques sociales NAQD*, N°35, pp : 99-117.
- Mellini, L., & all., (2014), « Liens sociaux, secrets et confidences. Le cas des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne et séropositives », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 45-2 | 2014, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 16 janvier 2017. URL : <http://rsa.revues.org/1316>
- Merzouk M., (2002), La féminisation de la profession médicale en Algérie : Essai d'analyse sociologique. Une pré-enquête menée en deux mois (juin-juillet 2002).
- Mogueurou L., Bajos N., Ferrand M., Leridon H., (2011), Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé Publique ou dissidence sociale ? Editions Antipodes | « Nouvelles Questions Féministes », /1 Vol. 30 | pages 12 à 27 <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes> 2011-1-page-12.htm
- Naouri M., (2009), Réalités en Gynécologie-Obstétrique, revue *Sexualité du couple infertile*, N° 139, Paris.
- Ouellette France-Romaine., (1988), « L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médicale », *Sociologie et sociétés*, vol. 20, n° 1, p. 13-32.
- Parry D.C., (2005), "Women's Experiences with Infertility: The Fluidity of Conceptualizations of Family", *Qualitative Sociology*, Vol 28 (3): 275-291.
- Pellegrin, N., « Corps du commun, usages communs du corps », dans *Histoire du corps*. I, *De la Renaissance aux Lumières*, p : 137-138.
- Perret Z., (1994), « Stérilité masculine et transmission de la filiation en procréation médicalement assistée avec donneur », *Ethnologie Française*, Vol 24 (1) : 130-134.
- Philippe C., (2007), « Des hommes chez les sages-femmes. Vers un effet de segmentation ? », *Sociétés contemporaines* /3 (n° 67), p. 95-118. DOI 10.3917/soco.067.0095.

- Praz A-F., Modak M., Messant F., (2011), Produire des enfants » aujourd'hui : un défi pour l'analyse féministe, « *Nouvelles Questions Féministes* » Editions Antipodes | 1 Vol. 30 | pp : 4- 10.
- Rozee V., & Mazuy M., (2012), « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et " gestion " de l'échec », *Sciences sociales et santé*, N° 4/Vol. 30, p. 5-30.
- Ruault L., (2015), « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une *vie féminine* », |*Nouvelles Questions Féministes* /1 (Vol. 34), p. 35-50.
- Rubin, G-S., (1998). « L'économie politique du sexe : transactions sur les femmes et systèmes de sexe/genre ». *Cahiers du CEDREF* [En ligne], 7, 1-38, mis en ligne le 26 janvier 2010, consulté le 13 mai 2012. URL : <http://cedref.revues.org/171>
- Scott, J. (1988). Genre : une catégorie utile d'analyse historique. *Les Cahiers du GRIF*, (37-38), 125-153.
- Simon R., (1974), « Expérimentations et déplacements éthiques: à propos de l'insémination artificielle », *Recherches de science religieuse*, Tome 62, n° 4, pp. 515-539.
- Sirota R., (1998), « L'Emergence d'une sociologie de l'enfance : évolution de l'objet, évolution du regard », *Sociologie de l'enfance, Education et Sociétés*, n° 2, p. 9-34.
- Strauss A, (1978), « A Social World Perspective », *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 1, pp. 119-128.
- Tain L., (2004), « Genre et techniques de reproduction : évidences, alliances et turbulences », *L'Homme et la société* /2 (n° 152-153), p. 229-246. DOI 10.3917/lhs.152.0229.
- Tain L., (2009), Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée, *Genre, Sexualité et Société*, 1, <http://gss.revues.org/index167.html> (consulté le 10/09/2012).
- They I., (1997), « Différences des sexes et différence de générations. L'enjeu de l'institution », *Revue PTAH*, 3-4, p. 67-91.
- Touraille P., (2011), « Du désir de procréer : des cultures plus naturalistes que la Nature? », *Nouvelles Questions Féministes*/1 (Vol. 30), p. 52-62. DOI 10.3917/nqf.301.0052
- Vandelac L., (1989), « La face cachée de la procréation artificielle», *La Recherche*, vol. 20, no 213, pp. 112- 124.
- Watier P., (2006), « Le secret de l'autre », *Sociétés*, 3/2006 (n° 93), p. 35-38.

- Zemplenia A., 1984, « Secret et sujétion : pourquoi ses « informateurs parlent-ils à l'ethnologue ? », *Traverses*, 30/31, pp : 102-115.
- منير كرادشة, فوزي سهاونة, 2010, «قرارات الأزواج الإنجابية وعلاقتها بالخصوبة الزوجية في الأردن», المجلد 3, العدد 1.

Thèses

- Boucif-Debab Z., (2014), L'éthique de la recherche et des essais clinique : le cas la procréation médicalement assistée, Mémoire de magistère en Biologie. Université d'Oran.
- Brochard M., (2014), Normes reproductives, infertilité et nouvelles technologies de reproduction au Sénégal : Le genre et le don. Thèse de doctorat d'Ethnologie, Dirigée par Doris Bonnet. Université Paris Descartes. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01148641>.
- Chantal D., (1998), Procréation artificielle : Discours des experts sur les enjeux scientifiques et sociaux. Etude de cas en sociologie de la science, Thèse de doctorat. Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec.
- Daudelin G., (1998), *La réflexivité dans la connaissance de sens commun. Des représentations sociales des nouvelles techniques de la reproduction d'usagers de la médecine de la reproduction*. Thèse de doctorat. Montréal, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- Doré C., (1998), Procréation artificielle : Discours des experts sur les enjeux scientifiques et sociaux. Étude de cas en sociologie de la science. Thèse de doctorat Département de sociologie, Faculté des sciences sociales l'université Laval Québec
- Grino C., (2015), Corps, genre et nouvelles technologies biomédicales : reconfigurations antinaturalistes au sein des théories féministes. Thèse de doctorat en Philosophie. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I.
- Labib-Sami Shams., (2015), Étude du fonctionnement psychique de femmes en protocole FIV suite à l'hypofertilité du conjoint : une recherche clinique en contexte culturel Egyptien. Thèse de doctorat de psychologie clinique. Université René Descartes - Paris V.
- Lebas C., (2013), Le refus de la violence vies de femmes, entre l'Algérie et la France, Thèse de Doctorat en Anthropologie Sociale et Ethnologie de l'École des Hautes Études

en Sciences Sociales, dirigée par Didier FASSIN, Ecole, des hautes études en sciences sociales, Paris.

- Mabika L-C., (2016), Influence des croyances et des représentations du diabète sur l'observance du traitement chez des femmes enceintes : Etude comparative, thèse de doctorat en psychologie, université de Lorraine-Ste de Metz.
- Sellahi S., (2010), Réflexions psychopathologiques sur le vécu de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation chez des femmes algériennes. Thèse sous la direction de F. Drossart. Université Paris-Diderot.
- Robleh Y-A., (2014), Le droit français confronté à la conception musulmane de la filiation, thèse de doctorat en droit privé, Centre de recherches juridiques. Université de Grenoble.

Memoires

- Benabed A., (2010), Le recours des couples infertiles à la procréation médicalement assistée à Oran: Quelques trajectoires. Mémoire de magistère en sociologie de la santé. Sous la direction de M. Mebtoul. Université d'Oran. Es Senia.
- Lefebvre P., (2016), Le statut des gamètes dans la procréation médicalement assistée. Sexualité, procréation, filiation et identité au prisme des biotechnologies. Mémoire de Master sous la direction de : Pr. Jean-Jacques Marimbert Master Université Toulouse II Jean Jaurès.

Actes de colloques

- Bateman S., (2001), Moraliser l'artifice : Religion et procréation assistée. le cas du modèle CECOS. AFSR colloque « religion et sexualité » 4-5 février 2001,
- Hamza B., (1998), La procréation médicalement assistée - Problèmes médicaux actuels et éthique, Congrès de la société tunisienne des sciences médicales.
- Héritier-Augé F., (1985), Don et utilisation de sperme et d'ovocytes. Mères de substitution. Un point de vue fondé sur l'anthropologie sociale. Dans *Actes du Colloque Génétique, procréation et droit* (pp. 237-253). Arles, Actes Sud.
- Héritier-Augé F., (1985), Intervention. Dans *Actes du Colloque Génétique, procréation et droit* (pp. 35-38). Arles, Actes Sud.
- Dhavernas M-J., (1989). « Du non-usage des palliatifs médicaux de la stérilité », in MFPPF (dir.), *Colloque L'ovaire-dose. Les nouvelles méthodes de procréation*, Paris, Syros-Alternatives.

- Ferchiou S., (1981), Anthropologie des femmes et femmes anthropologues. In: Bulletin de l'Association française des anthropologues, n°5, Avril 1981. La pratique de l'anthropologie aujourd'hui. Colloque international du C.N.R.S. organisé par l'A. F. A. centre international d'études pédagogiques de Sèvres 19, 20, 21 novembre 1981. pp. 41-51; Doi : 10.3406/jda.1981.982
- Rahou Y., (2007), « Le statut de la femme en Algérie entre l'existence de l'égalité et le maintien du statu quo », in Genre, in inégalités et religion: actes du 1^{er} Colloque inter-réseaux du programme thématique Aspects de l'Etat de droit et démocratie, Par Amsatou Sow Sidibé, Charles Becker, édition AUF, agence universitaire de la francophonie.

Rapports

- Déchaux, J-H., (2017), La parenté au crible de la génétique. L'offre de service de deux banques de sperme européennes, N°15, dossier thématique : Transmissions Existentielles en question.
- Droz Mendelzweig Marion., (2004), « De la cellule à l'humain, Ethnographie d'un laboratoire de reproduction assistée », Recherche et travaux en Anthropologie n°15, Université de Lausanne, Institut d'Anthropologie et de sociologie, p. 41

Annexes

Annexe n°1 – Tableau récapitulatif des enquêtés rencontrés en entretien

N°	Sexe	Age	Niveau d'instruction Âge/ mariage	Profession	Ville	Type et Nbr de technique	Réussie/ non réussi
01	F	29	Universitaire	Femme au foyer	Maghnia	02 IA+ 01FIV	Non
	M	35	Terminal /05	Commerçant			
02	F	40	Universitaire	Secrét/ de bureau	Saida	06 ins +01 Fiv	Réussie
	M	45	Universitaire / 15	Ingénieur			
03	F	38	Universitaire	Enseignante	Oran	03 Ins +02Fiv	Non
	M	46	Universitaire /08	Cadre /banque			
04	F	27	Secondaire	Femme au foyer	Oran	01 IA 03 FIV	Non
	M	38	Universitaire/03	Officier militaire			
05	F	43	Universitaire	Enseignante	Tlemcen	02 Fiv 2 ^{ème} épouse Stérilité secondaire	Non
	M	50	Universitaire /5	Enseignant en sc/islamiques			
06	F	32	Moyen	Femme au foyer	Mascara	03 Ins+ 01Fiv	Non
	M	45	Terminal/10	Chef /entreprise			
07	F	36	Terminal	Secrét /médical	Oran	02 IA 01FIV 01 ICSI	Non
	M	47	Universitaire/05	Commerçant/libéral			
08	F	35	Universitaire	Médecin généralis	Ain Temou h	01 IA 03 FIV	Non
	M	41	Universitaire /08	Enseignant			
09	F	40	universitaire	Enseignante	Oran	01Ins 01 FIV	Réussie
	M	45	universitaire/04	Agent administratif			
09	F	40	Universitaire	Agent téléccom	Alger	02 FIV 01 ICSI	Réussie
	M	46	Universitaire /6	Enseignant			
10	F	38	Universitaire	Agent	Tlemcen	02 Ins+ 02FIV	Non
	M	42	Terminal /08	d'administration Commerçant			
11	F	42	Terminal	Femme au foyer	Stéif	01 Ins+02 Fiv	Non

	M	53	Universitaire /07	Gendarme			
12	F	35	Moyen	Couturière	Sidi	01 IN+01 FIV	Non
13	M	39	Universitaire / 12	Chauffeur de taxi	Belabes	Stérilité/secondaire	
14	F	37	Universitaire	Enseignante	Tlemcen	06 IA	Non
	M	42	Terminal/11	Commerçant		03 FIV	
15	F	37	Universitaire	Educatrice	Adrar	03 IA 02 FIV	Non
	M	39	Universitaire /09	Chauffeur de taxi			
16	F	44	Universitaire	Fonctionnaire	Oran	05 FIV	Non
	M	48	Universitaire /10	Fonctionnaire		01 ICSI	Adoption en cours
17	F	34	Universitaire	cadre /sonatrach	Oran	03FIV	Non
	M	36	Universitaire /09	cadre / sonatrach		01 ICSI	
18	F	38	Universitaire	Femme/Foyer	Maghnia	01 Ins+01 Fiv	Non
	M	48	Universitaire / 10	Cadre supérieur		Stérilité secondaire	
19	F	38	Universitaire	Médecin	Oran	01 Ins +01 Fiv	Non
	M	42	Terminal/ 14	pompier			
20	F	42	Terminal	Educatrice	Bechar	01 Fiv	Non
	M	45	Universitaire/	Ingénieur			
21	F	38	Universitaire	Secrétaire	Maghnia	Stérilité secondaire	
	M	48	Universitaire/	Cadre/administrat			
22	F	47	Universitaire	Femme au foyer	Ouargla	Stérilité secondaire	Adoption
	M	54	Universitaire/	Chef d'entreprise			
23	F	36	Universitaire	Enseignante	Oran	03 Ins +01 Fiv	Réussie
	M	47	Universitaire/	Psychologue			
24	F	34	Terminal	Assistante/directi	Bouira	02 Fiv	Non
	M	42	Universitaire/ 5	Cadre/ Banque			
25	F	38	Universitaire	Infirmière	Chelf	02Ins +01 Fiv	Non
	M	36	Universitaire /08	Informaticien			
26	F	28	Universitaire	Femme au foyer	Saida	03 ins+01FIV	Non

	M	35	Terminal/ 03	Agent de sécurité			
27	F	31	Universitaire	Agent de bureau	Batna	01 Fiv. En cours	
	M	40	Universitaire/05	Cadre supérieur			
28	F	38	Universitaire	Femme au foyer	Tlemcen	01 Ins+01 Fiv	Non
	M	47	Universitaire /07	Tech sup santé			
29	F	29	Universitaire	Informaticienne	Bejaa	01Ins +01 Fiv	Réussie
	M	37	Universitaire/04	Informaticien			
30	F	31	Universitaire	Enseignante	Mostaghanem	02 Ins +01 Fiv	Non
	M	47	Universitaire/ 07	Chef d'entreprise			
31	F	34	Terminal	Femme au foyer	Ain	03Ins+01Fiv, en	Non
	M	44	Terminal /05	Formateur / ferronnier	Témouchent	cours	
32	F	40	Universitaire	Femme au foyer	Oran	01 Ins+01Fiv	Adoption
	M	48	Terminal /16	Chef d'agence			
33	F	37	Universitaire	Femme au foyer	Oran	06 Ins+01Fiv	Non
	M	45	Terminal/05	Transporteur Nord- Sud			
34	F	29	Terminal	Femme au foyer	Biskra	02 Ins+01Fiv	Non
	M	37	Universitaire /06	Ingénieur			
35	F	38	Moyen	Femme au foyer	Oran	02 FIV	Stérilité
	M	43	Universitaire/ 12	Directeur d'école			secondaire
36	F	50	Terminal	Gérante	Oran	01 FIV Stérilité	Non
	M	46	Terminal /03	Navigateur		secondaire	
37	F	42	Moyen	Femme au foyer	Oran	02 FIV	Non
	M	48	Universitaire/ 15	Gestionnaire		Stérilité secondaire	
38	F	43	Universitaire	Cadre/entreprise/publ	Blida	04 Ins+01 Fiv	Non
	M	45	Universitaire/08	ique Administrateur			
39	F	32	Terminal /04	Secrétaire	Tiaret	01 Ins +01 Fiv	Non
40	F	38	Universitaire/06	Sage femme	Oran	03Ins+01 Fiv	
41	F	30	Universitaire/03	Femme foyer	Oran	01 Ins+01Fiv	Non

42	F	39	Universitaire/08	Enseignante Chimiste	Oran	01 Ins+03 Fiv	Non
43	F	37	Terminal / 04	Femme au foyer	Oran	01 Ins+01 Fiv	Non

LES PROFESSIONNELS

	Sexe	Age	Profession	Lieu	Expérience	
01	F	55	M. Reproduction	Centre Privé 1	23 ans	
02	F	35	Gynécologue	//	06	
03	M	57	Gynécologue	//	18	
04	M	34	Gynécologue	//	04	
05	F	41	Assistante Biologiste	//	22	
06	F	30	Secrétaire	//	03	
07	M	60	Gynécologue	Hôpital public		
08	M	58	Urologue			
09	F	42	Gynécologue	//		
10	F	35	Gynécologue	//		
10	F	29	Infirmière TSS	//		
11	F	58	Gynécologue	Centre Privé 2		
12	M	60	Administrateur et Juriste	//		
13	F	28	Biologiste	//		
14	F	27	Biologiste	//		
15	M	54	Imam			

Annexe N°2 :

Etudier la l'expérience sociale des couples infertiles dans l'infertilité et de la PMA à travers l'analyse de trois points principaux : l'histoire personnelle et conjugale dans l'infertilité; leurs représentations de l'enfant ou faire famille, ensuite le parcours de PMA et les interactions et

Guide d'entretien et thématiques

Identification de l'enquêté

Age

Age de vie en union

Profession

Ville. Logement individuel ou avec la belle famille)

Profession du conjoint

Nombre d'enfants (stérilité secondaire)

Type de traitement

Thématique 1 : Le retour sur l'infertilité

Depuis quand êtes-vous mariés ?

Racontez-moi votre projet une fois mariés...

A vos yeux, y a-t-il un âge pour faire des enfants ? Pourquoi ?

Après combien de temps de mariage avez-vous su que vous avez (ou votre conjoint) a un problème d'infertilité ?

Qui vous a annoncé le diagnostic ? Raconter-moi comment ?

De qui vient le problème ?

Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous fait ?

Comment expliquez-vous les causes d'infertilité ?

En avez-vous parlé avec quelqu'un ? Avec qui ?

Pouvez-vous me raconter ce dont vous avez parlé ?

Quelle était sa réaction ?

Que représentait le fait de ne pas avoir un enfant ? Pourquoi ?

Que représentait le fait d'avoir des enfants ? Pourquoi ?

Que représente pour vous Etre Mère ?

2. La vie gynécologique

Racontez-moi ce que vous avez fait après le diagnostic d'infertilité?

Etes-vous allée chez le médecin d'AMP? (Consultation pour les deux)

Qui a décidé ? Comment ?

Qui vous a accompagné d'aller au centre de PMA ? Pourquoi cette personne ?

Comment se passaient vos consultations ?

Quelle était la réaction de votre conjoint devant la demande de bilan?

Avez-vous eu des opérations gynécologiques ? Les quelles ? Racontez-moi votre vécu....

Thématique 2 : Le recours à l'AMP : Approfondissement de l'expérience

Est-ce que vous vous êtes renseigné sur les techniques reproductives?

A quel moment ?

Quelles sources avez-vous consulté ? (D'où avez eu ce savoir) Pourquoi ?

A quel moment avez-vous consulté le médecin ? Pourquoi ?

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté ce médecin précis?

Comment s'est déroulée la consultation ?

Qu'est-ce qu'il vous a dit ?

Qui a décidé le choix de la technique ?

Autre type de technique? Laquelle ? Pourquoi ? Qu'en avez-vous pensé ?

Comment vous définiriez votre infertilité après un bilan de PMA? (le cas d'infertilité masculine, féminine et inexplicée)

Avez-vous pris un traitement ? Racontez-moi quelles étaient vos réactions avec votre corps, votre époux ?

Comment trouvez-vous le consentement ?

Avez-vous réussi grâce aux techniques médicales d'assistance à la procréation à concevoir un enfant ? Si oui, qu'est-ce que cela a changé dans votre vie ? Comment avez-vous vécu vos démarches pour avoir un enfant ?

Avez-vous répondu à tous vos espoirs ?

Le conseillerez-vous à d'autres couples infertiles ?

Revivriez-vous cette expérience une deuxième fois ?

Si vous voulez un autre enfant, allez-vous avoir de nouveau recours à la PMA ?

Que représente le fait d'être mère, d'être père ?

Que représente t-il l'enfant pour vous?

Que signifie pour vous avoir un enfant ? Pourquoi?

Que signifie pour vous la santé ?

Qu'elles propositions pourriez-vous faire comme solution aux problèmes d'infertilité ?

Thématiques 3 : Les interactions

Avez-vous parlé de la fiv avec d'autres personnes ? Pourquoi ?

Avez-vous parlé de la fiv avec d'autres femmes? Qui ? Mère, ami(e), médecin traitant, autre ? et

Pourquoi cette personne précise?

Pouvez-vous me raconter ce dont vous avez parlé ?

Est-ce important de pouvoir en parler avec d'autres femmes ? Pourquoi ?

Avez-vous parlé de l'icisi avec d'autres personnes? Pourquoi ?

Pouvez-vous me raconter ce dont vous avez parlé ?

En qui/en quoi avez-vous le plus confiance ?

Décrivez –moi ce qui s'est passé pour vous pendant la fiv ? en rapport avec votre corps, votre conjoint, votre médecin ?

Décrivez –moi ce qui s'est passé pour vous en fin de fiv ?

Qu'est-ce qu'il vous a dit votre médecin ?

Comment s'est déroulé le résultat de votre fiv ?

Comment expliquez-vous la réussite et l'échec ?

A quoi est due l'échec ?

Comment trouvez-vous la prise en charge médicale ?

Comment trouvez-vous la prise en charge psychologique ?

A votre avis, en quoi l'enfant peut changer quelque chose dans le couple ? Pourquoi ?

Qu'avez-vous fait après la fiv ?

Pourquoi la kafala?

Guide d'entretien de groupe (dans la salle d'attente)

Racontez-moi votre expérience en parcours de PMA,

Comment trouviez-vous votre parcours en PMA ? Expliquez

Comment s'est décidée la réalisation des bilans en PMA entre vous et votre conjoint ?

Qui a eu le dernier mot ?

Racontez –moi votre rapport avec l'entourage familial.

Racontez –moi votre rapport avec l'entourage professionnel.

Racontez –moi votre rapport avec le corps médical.

Que disiez-vous sur les couples qui partent à l'étranger pour une Amp ?

Si on vous demande votre point de vue sur la femme, l'enfant et la famille en Algérie, quelle serait votre réponse ?

En quoi la religion est importante dans votre parcours ?

En quoi cette pratique vous pose-t-elle de problème ?

Expliquez-moi votre besoin de recourir à un religieux.

Quelles sont vos attentes sur la PMA ?

Professionnels

Comment vous interagissez avec vos patients ?

Dans une consultation gynécologique d'amp, pourquoi vous autorisez l'homme à se dispenser.

Quels sont les problèmes soulevés par les couples ?

Que pensez-vous des réactions des femmes et des hommes devant le protocole de PMA

Quels sont les éléments essentiels de la réussite d'une pma?

Les enjeux éthiques

Quelle est le texte juridique de la pma en Algérie ?

Quel est votre point de vue concernant les textes législatifs de la pma en Algérie et les attentes de la société ?

Quelle est la place de la pma en Algérie ?

Quelles sont les règles déontologiques qui s'appliquent

-Quels sont les problèmes soulevés par l'exercice de la pma ?

Qui assurer le contrôle médical continu au niveau scientifique et technique ?

Comment selon vous doit-on se prévenir de la stérilité ?

Si la prévention de l'infertilité permettrait de réduire en amont la demande de P.M.A, quel serait le sort de cette pratique dans la politique sanitaire globale du pays ?

Entre public et privé, dans lequel préféreriez-vous exercer la pma? Pourquoi ?

Pourquoi les autres techniques (fiv, icsi) ne sont-elles pas utilisées à EHU alors qu'elles se pratiquent déjà dans le secteur privé?

Les religieux

Pourquoi les couples infertiles recourent –ils à vous ?

Quels sont leurs questions posées ?

Qu'est ce que vous leur diriez ?

Que dit el fiqh dans la question de la PMA ?

Que conseillez-vous ces femmes et ces hommes infertiles en quête d'enfant ? Pourquoi ?

Merci

Annexe n°3 :

Le Journal officiel de la république algérienne N°15 du 27 Février 2005. « Art 11. » (p. 19)

18 Moharram 1426
27 février 2005

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 15

19

Art. 11. — La loi n° 84-11 du 9 juin 1984, susvisée, est complétée par l'article 45 bis rédigé comme suit :

« Art. 45 bis. — Les deux conjoints peuvent recourir à l'insémination artificielle.

L'insémination artificielle est soumise aux conditions suivantes :

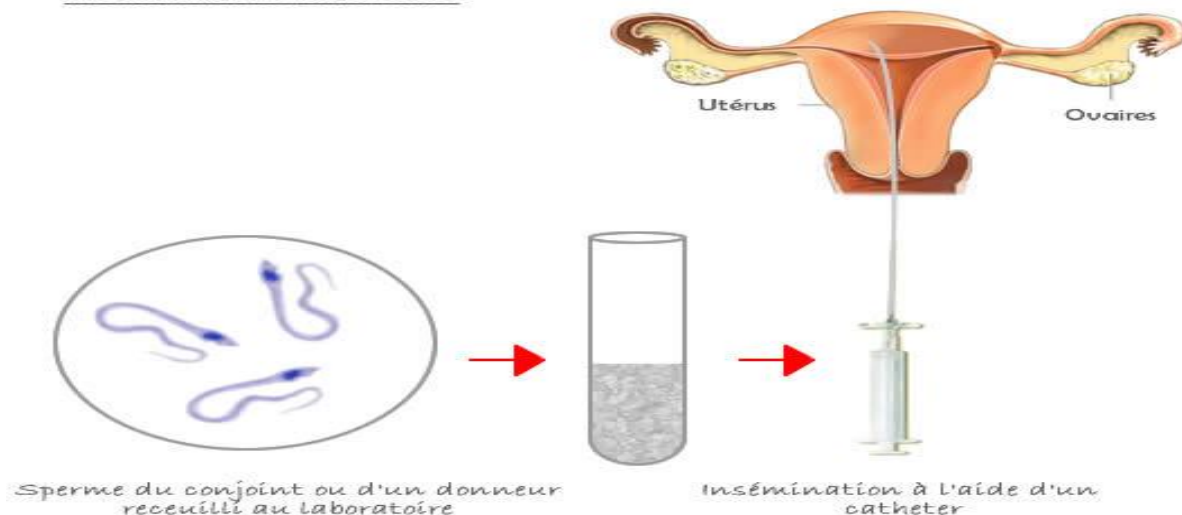
- le mariage doit être légal,
- l'insémination doit se faire avec le consentement des deux époux et de leur vivant,
- il doit être recouru aux spermatozoïdes de l'époux et à l'ovule de l'épouse à l'exclusion de toute autre personne.

Il ne peut être recouru à l'insémination artificielle par le procédé de la mère porteuse ».

Les techniques de la PMA

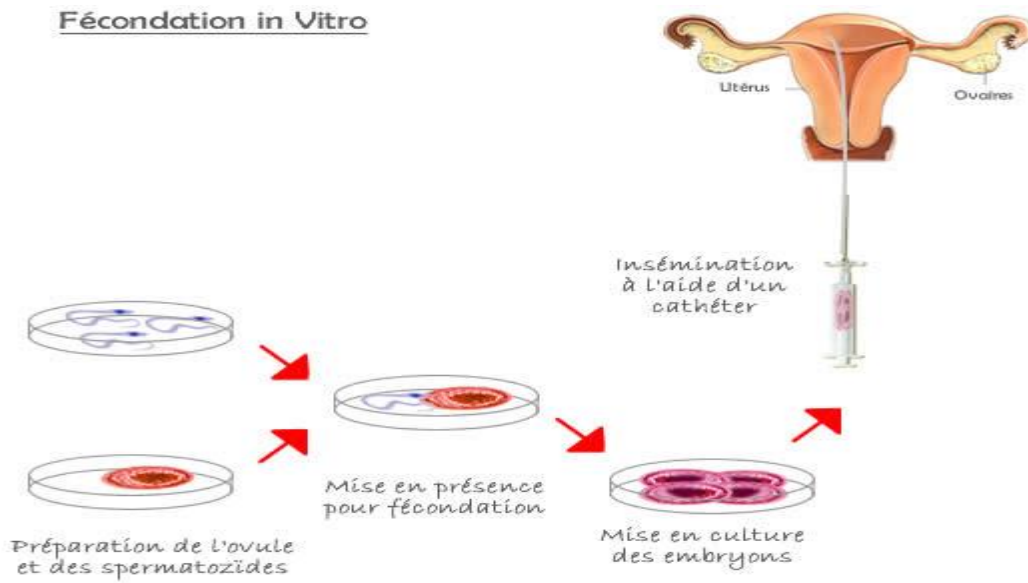
1- La méthode de l'insémination artificielle

Insémination Artificielle



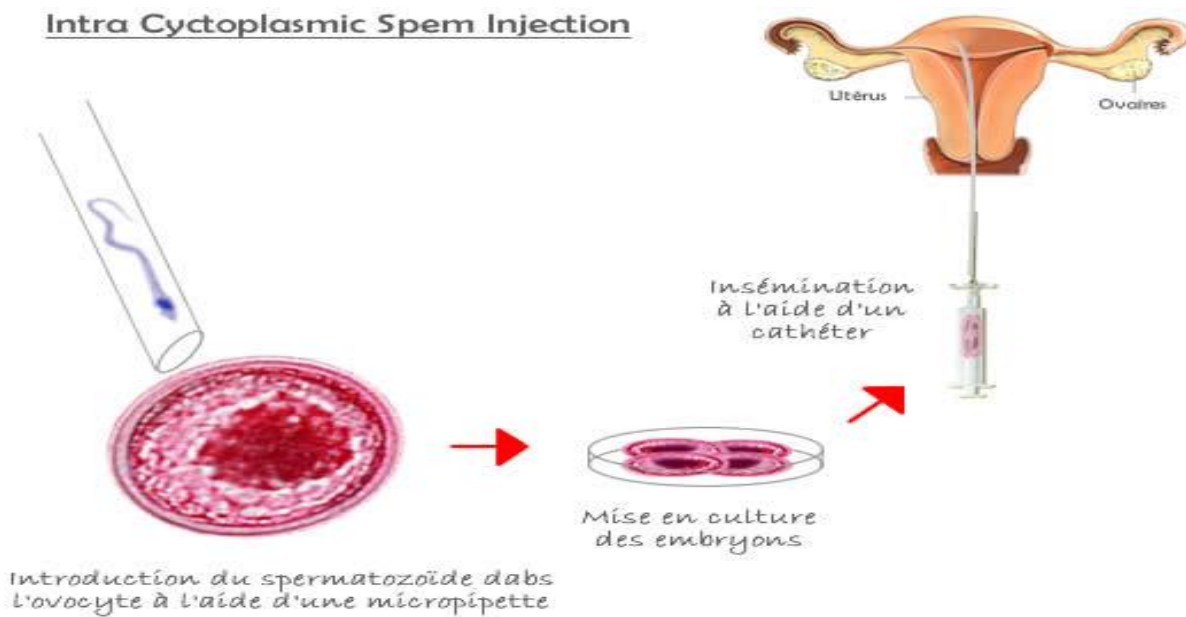
La fécondation in vitro

Fécondation in Vitro



2- La méthode de l'ICSI

Intra Cytoplasmic Spem Injection



Annexe n°4 : Lexique

Les définitions qui suivent sont inspirées du Dictionnaire de l'Académie de Médecine (dictionnaire.academie-medecine.fr/), du site (www.procreationmedicale.fr/lexique/) et sur le site Santé-Médecine.net (<http://santemedecine.commentcamarche.net/>).

Azoospermie : Absence totale de spermatozoïdes dans le sperme émis.

Azoospermie excrétoire : Azoospermie dans laquelle un obstacle bilatéral, siégeant de chaque côté sur les voies excrétrices du sperme, empêche le cheminement des spermatozoïdes normalement produits par les testicules.

Coelioscopie : Technique chirurgicale qui permet l'observation des différents organes situés dans la cavité abdominale à l'aide d'une fibre optique (les trompes, les ovaires et l'utérus, par exemple). La coelioscopie est utilisée pour le diagnostic de certaines pathologies et pour réaliser certaines interventions chirurgicales.

Échographie ovarienne : Méthode d'examen indolore, utilisant les ultrasons, qui permet de visualiser les organes génitaux, en particulier les ovaires, la cavité utérine et les trompes et de surveiller le développement des follicules situés dans les ovaires.

Endométriose : Maladie définie par la présence, en dehors de la muqueuse utérine, d'éléments épithéliaux identiques à ceux de la muqueuse utérine et qui se développent dans des tissus plus ou moins distants de cette muqueuse. Elle est cause de stérilité.

Fécondation *In Vitro* (FIV) : A l'aide d'une éprouvette, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde se déroule en dehors du corps de la femme, afin de former un embryon. Elle s'effectue dans des éprouvettes en matière synthétique à usage unique, ainsi que dans des milieux de culture dont la composition est proche de l'environnement naturel des trompes.

Fécondation *In Vitro* et Transfert d'Embryon (FIVETE) : Technique qui consiste à ponctionner les follicules ovariens, à isoler les ovocytes et à les mettre en présence de spermatozoïdes. Après une incubation de 16-20 h, les ovocytes fécondés sont identifiés. Parmi ceux-ci, 1 à 2 ovocytes fécondés sont mis en culture en vue du transfert d'embryons. Les ovocytes fécondés surnuméraires sont cryoconservés pour une utilisation ultérieure.

Follicules : Formations arrondies situées dans les ovaires, formées d'un ovocyte entouré de cellules nourricières et contenant un peu de liquide. Au cours de sa croissance, le follicule est visible à l'échographie, contrairement à l'ovocyte, qui lui, est trop petit pour être vu.

Hystérocopie : Examen permettant de visualiser le contenu de la cavité utérine à l'aide d'une fibre optique introduite par le col de l'utérus. Cet examen permet de réaliser un diagnostic et des biopsies (prélèvement de l'endomètre utérin ou de structures anormales).

Insémination Artificielle (IA) : L'insémination artificielle est la plus ancienne technique d'aide médicale à la procréation. Elle est indiquée lorsque les spermatozoïdes n'arrivent pas à atteindre l'ovocyte et à le féconder. Elle est réalisée en introduisant du sperme dans l'utérus d'une femme à l'aide d'un petit tube.

Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI) : Technique de fécondation assistée qui vise à injecter *in vitro* un seul spermatozoïde à l'intérieur d'un ovocyte. L'ICSI s'effectue après un traitement de stimulation des ovaires, pratiqué de la même manière que pour une FIV classique.

Oligospermie : État correspondant à la présence d'un nombre insuffisant (inférieur à 15 000/mm³) de spermatozoïdes dans un éjaculat. Elle est responsable d'une hypofertilité mais reste compatible avec une fécondation spontanée.

Oligoasthénospermie : État correspondant à une quantité de spermatozoïdes contenus dans le sperme inférieure à 20 millions/ml et associée à une diminution de leur mobilité.

Ovocyte : Cellule reproductrice féminine (gamète, ovule), contenue dans un follicule.

Ponction ovarienne : Geste chirurgical permet d'aspirer le liquide folliculaire contenant les ovocytes. Elle est effectuée à l'aide d'une aiguille reliée à une seringue ou à un système d'aspiration contrôlée.

Spermatogénèse : Processus de fabrication des spermatozoïdes par les testicules.

Spermogramme : Analyse biologique du sperme évaluant le volume du recueil, le nombre, la mobilité, la viabilité et l'aspect morphologique des spermatozoïdes.

Stimulation ovarienne : Traitement médicamenteux (injections ou comprimés) à base d'hormones permettant de stimuler la maturation d'un ou plusieurs follicules pour chacun des ovaires.

Transfert d'embryons congelés (TEC) : Le transfert des embryons s'effectue après leur décongélation, si celle-ci s'est bien passée. Cette procédure est délicate et un certain nombre d'entre eux peuvent se lyser complètement ou partiellement à la décongélation. Tout embryon qui dispose, d'au moins 50 % de ces blastomères intacts est transférable après décongélation.

Trompes : Canaux féminins (au nombre de deux) s'ouvrant dans la cavité de l'utérus. Ces canaux recueillent l'ovocyte après l'ovulation, transportent les spermatozoïdes vers l'ovocyte et l'embryon jusque dans l'utérus.

Varicocèle : Dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique, alimentée par la colonne de sang refluant de la veine spermatique. Cette anomalie fréquente (atteignant 10 à 12% des hommes) apparaît généralement à la puberté et peut gêner la croissance du testicule et sa fonction de spermatogénèse.

« La procréation médicalement assistée à Oran. L'expérience sociale des femmes et des hommes infertiles

Résumé : Notre étude porte sur l'expérience des hommes et des femmes infertiles confrontés aux traitements de la procréation médicale assistée (PMA) dans les centres de fertilité à Oran et analyser comme production du genre. Il est intéressant de comprendre cette médicalisation de l'infertilité et ses effets sur les femmes et les hommes infertiles au quelle les femmes vivent mal les périodes d'attentes, le traitement de la PMA et les échecs à répétition. Souvent les couples sortent d'un parcours de PMA sans enfant. Nous nous sommes attachées à expliquer le processus de PMA pour montrer la façon dont le corps reproducteur est mis sous l'emprise de la médecine reproductive. Cette thèse repose sur un dispositif d'enquête empirique qui s'appuie sur la perspective de la théorisation ancrée (Grounded theory) associant des observations ethnographiques et des entretiens semi directifs auprès des couples et professionnels de la PMA. Elle a donc insisté sur la diversité des expériences vécues sous la PMA et les rapports qu'entretiennent les professionnels avec les femmes et les hommes. Il ressort que l'étude de l'assistance médicale à la procréation est révélateur des rôles qu'occupent les hommes et les femmes dans un parcours asymétrique. Il est apparu qu'au nom de la lutte contre l'infertilité masculine, la PMA s'applique massivement au corps des femmes. La pression sociale et l'injonction médicale faite aux femmes en faveur de la médicalisation de la procréation n'ont fait que croître et renforcer la norme de genre. Malgré les changements sociaux qu'a connu l'Algérie, la famille algérienne ne reconnaît pas la femme comme telle que dans l'accomplissement de son rôle de mère.

Mots-clés : Procréation médicalement assistée; Infertilité; Genre, Rapports sociaux; Femme; corps; rôles sociaux; normes, Enfant.

« Assisted Reproductive technologies in Oran: The social experience of women and men infertile »

Abstract : Our study focuses on the experience of infertile men and women with assisted reproductive health (ART) treatments in fertility centers in Oran and analyzed as production of the gender. It is interesting to understand this medicalization of infertility and its effects on infertile women and men in which women experience poor waiting periods, treatment of ART and repeated failures. Couples often leave an ART route without children. We focused on explaining the process to show how the reproductive body is put under the influence of reproductive medicine. This thesis is based on an empirical investigation device based on the perspective of Grounded Theory combining ethnographic observations and semi-directive interviews with couples and professionals in the ART. She therefore emphasized the diversity of experiences under the ART and the relationship between professionals and women and men. It appears that the study of medically assisted procreation reveals the roles of men and women in an asymmetrical journey. It appeared that in the name of the fight against male infertility, the ARTs apply massively to the body of women. Social pressure and the medical injunction given to women for the medicalization of procreation have only increased and reinforced the gender norm. Despite the social changes experienced by Algeria, the Algerian family does not recognize the woman as such in the fulfillment of her role as mother.

Keywords: Medical assistance in procreation; Experience; Infertility; Social relations and gender; Wife; body; social roles; norms, Child.

" التجربة الاجتماعية للنساء و الرجال الذين لديهم عقم "

المخلص:

تتناول دراستنا تجربة الرجال والنساء الذين لديهم عقمًا ويخضعون لعلاج المساعدة الطبية من أجل الإنجاب في مراكز الخصوبة بمدينة وهران وتحليلها كإنتاج للجنس. فهم هذا السؤال سوسولوجيا وكيفيا. سمح لنا بالتركيز على عملية طبية مرهقة تجعل من المرأة المريضة الرئيسي حتى ولو كانت أسباب العقم ذكورية. تُشكّل المساعدة الطبية من أجل الإنجاب فيزيولوجية الجسم الأنثوي والذكوري وتكشف عن حميتهم. من المهم فهم هذه العملية العلاجية للعقم وتأثيرها على الرجال والنساء الذين يعانون منه، أين تعيش النساء بشكل سيء أثناء مراحل الانتظار، علاج المساعدة الطبية من أجل الإنجاب والفشل المتكرر. غالبا ما يخرج الأزواج من المساعدة الصحية من أجل الإنجاب بدون أطفال. لقد ركّزنا على شرح عملية المساعدة الطبية من أجل الإنجاب من خلال تحليل مقارن لتجارب الأزواج لإظهار الطريقة التي تجعل الجسم المنتج تحت تصرف المساعدة الطبية من أجل الإنجاب. تستند هذه الأطروحة على جهاز تحقيق إمبريقي (تجريبي)، الذي يعتمد على منظور النظرية الراسخة (Grounded Theory)، رابطين الملاحظات الاثنوغرافية والملاحظات النصف موجهة مع الأزواج وموظفي الرعاية الصحية من أجل الإنجاب. فقد ركّزت إذن على تنوع التجارب المعاشة تحت المساعدة الطبية من أجل الإنجاب، والعلاقات التي تربط الموظفين بالنساء والرجال. يبدو بان دراسة المساعدة الطبية من أجل الإنجاب تكشف عن الأدوار التي يحتلها الرجال والنساء داخل مسار غير متماثل. يظهر باسم مكافحة العقم عند الذكور، تطبيق المساعدة الطبية من أجل الإنجاب بشكل كبير على أجسام النساء. الضغط الاجتماعي والأوامر الطبية الموجهة للنساء لصالح التطبيع الطبي للإنجاب لم تقم إلا بتتمة وتقوية معيار الجنس. بالرغم من التحولات الاجتماعية التي عرفتها الجزائر، العائلة الجزائرية لا تعترف بالمرأة كما هي إلا في أداء دورها كأم.

كلمات مفتاحية : المساعدة الطبية من أجل الإنجاب، التجربة، العقم، روابط اجتماعية و جنس، أجسام، طفل، امرأة، أدوار اجتماعية.